Stotternde kinder

Albert Liebmann



VI. 2. Einzelpreis M. 2.40.

Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Pädagogischen Psychologie und Physiologie

herausgegeben von

Prof. Th. Ziegler (Strassburg) & Prof. Th. Ziehen (Utrecht).

STOTTERNDE KINDER.

von

DR. MED. ALB. LIEBMANN,

ARZT FÜR SPRACHSTÖRUNGEN ZU BERLIN.



BERLIN,

Verlag von Reuther & Reichard

1903.

SAMMLUNG VON ABHANDLUNGEN AUS DEM GEBIETE DER PÄDAGOGISCHEN PSYCHOLOGIE UND PHYSIOLOGIE

von Band VI an herausgegeben von

Dr. THEOB. ZIEGLER und Dr. THEOD. ZIEHEN
ord. Prof. a. d. Univ. Strassburg i. Els. — ord. Prof. an der Univ. Utrecht.

Subskriptionspreis für den Band im Umfang von ungefähr 30 Bogen 7 Mark 50 Pfg.

Über die bereits erschienenen Beiträge des Unternehmens gestatten wir uns auf die folgenden Seiten des Umschlags des vorliegenden Heftes zu verweisen. An weiteren Beiträgen sind zugesagt:

Der Werkunterricht in seiner soziologischen, physio-psycholog. und pädagogischen Begründung von Schulinspektor H. Scherer. [Soeben erschienen.]

Über philosophische Propädeutik von Prof. Dr. R. Lehmann.

Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. II. III. Von Prof. Dr. Th. Ziehen.

Über ästhetische Erziehung von Prof. Dr. R. Lehmann.

Die Hysterie im Kindesalter von Hofrat Prof. Dr. O. Binswanger.

Über Veitstanz auf der Schule von Dr. O. Dornblüth.

Über Entstehung und Bedeutung der Kurzsichtigkeit von Prof. Dr. Stilling.

Beiträge zur Gefühlsbildung. I. Die psychologischen Grundlagen von Prof. Dr. Theob. Ziegler.

Der neusprachliche Reformunterricht und seine Anforderungen an die Kraft der Lehrer und Schüler von Oberlehrer Dr. Eggert.

Gefühl und Bewusstseinslage. Eine kritisch-experimentelle Studie von Joh. Orth.

Die speziellen Eigentümlichkeiten der Anatomie und Physiologie des kindlichen Gehirns von Dr. M. Probst.

Einfluss der Epilepsie auf die geistige Entwicklung des Kindes u. Schulpflicht epilept. Kinder von Dr. H. Bratz.

DIE VERLAGSBUCHHANDLUNG.

Auf vielseitigen Wunsch haben wir für die einzelnen Bände der vorliegenden Sammlung solide

Einbanddecken

in Kaliko mit Goldpressung herstellen lassen, und bieten dieselben hiermit den verehrlichen Subskribenten zum Preise von à 0,80 Mk. an. Jede Buchhandlung ist in der Lage Bestellungen hierauf auszuführen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Pädagogischen Psychologie und Physiologie

herausgegeben von

Prof. Th. Ziegler (Strassburg) & Prof. Th. Ziehen (Utrecht).

VI. Band, 2. Heft.

STOTTERNDE KINDER.

von

DR. MED. ALB. LIEBMANN,

ARZT FÜR SPRACHSTÖRUNGEN ZU BERLIN.



BERLIN,

Verlag von Reuther & Reichard

1903.

Druck von Paul Schettlers Erben, Gesellsch. m. b. H., Hofbuchdruckerei in Cöthen.

In meinen früheren Arbeiten[1]) habe ich meine Ansichten über das Wesen und die Behandlung des Stotterns ausführlich dargestellt. Die vorliegende Arbeit untersucht an einer Kasuistik von 15 Fällen die Besonderheiten des kindlichen Stotterns und legt vor allem die psychischen Erscheinungen dieser Störung dar, wie sie sich bei Kindern finden. Die psychischen Erscheinungen bieten nicht nur ein ausserordentliches psychologisches Interesse, sondern sie sind vor allen Dingen in praktischer Beziehung von der höchsten Wichtigkeit, und zwar nicht nur für den Therapeuten selbst, sondern auch für die ganze Umgebung, für die Erzieher und Lehrer und auch für die Ärtzte des kindlichen Stotterers. Gerade die Unkenntnis oder die falsche Beurteilung dieser psychischen Erscheinungen von Seiten der gesamten Umgebung des Stotterers ist es, die häufig die Behandlung stört oder gar unmöglich macht.

Bevor ich auf das eigentliche Thema dieser Schrift eingehe, will ich noch einmal mit wenigen Worten meine Ansicht über das Stottern und seine Behandlung zusammenfassen.

Dass die Meinungen der Autoren trotz einer grossen Reihe hervorragender Arbeiten[2]) noch nicht geklärt sind, beruht auf der nervösen Natur des Stotterns, auf der proteusartigen Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Worin das Wesen des Stotterns zu suchen sei, darüber gehen die Ansichten der Autoren wesentlich auseinander. Während z. B. Coën die falschen Atmungsbewegungen

---

[1]) Vgl. bes. Liebmann: Eine neue Therapie des Stotterns, Dtsch. Med. Ztg. 1896; Vorlesungen über Sprachstörungen Heft 1, Berlin 1898; Aetiologie des Stotterns etc. Arch. f. Laryngologie 1899; Sprachstörungen u. Sprachentwicklung Neurolog. Centralbl. 1900; Die psychischen Erscheinungen des Stotterns, Monatschr. f. Psychiatrie 1901.

[2]) Ich meine bes. die Arbeiten von Berkhan, Coen, Denhardt, Ernst, Th. S. Flatau, A. und H. Gutzmann, Grünbaum, Heymann, Kussmaul, Levy, Oltuszewski, Ssikorski, Treitel.

in den Vordergrund stellt, GUTZMANN auf die inkoordinierten Atmungs- und Sprachbewegungen das Hauptgewicht legt, sieht DENHARDT in den psychischen Symptomen, besonders in der Sprechangst und Lautfurcht die eigentliche Wurzel des Stotterns.

Nach meiner Ansicht bildet den primären Kern des Stotterns die Übertreibung des konsonantischen Elementes der Sprache, zu dem nicht nur die eigentlichen Konsonanten gehören, sondern auch der Verschlusslaut der Stimmbänder (der *spiritus lenis* der Griechen), der die in der Schrift mit einem Vokal anlautenden Worte beginnt. Diese Übertreibung der Konsonanten i. w. S. kann in einer zu langen Dauer (z. B. b—ade, sog. tonisches Stottern) oder in einer mehrmaligen Wiederholung (z. B. bbbbade, sog. klonisches Stottern) bestehen.

Die Übertreibung der Konsonanten wird auf Grund einer ererbten oder erworbenen nervösen Disposition durch verschiedene Schädlichkeiten (bes. durch Infektionskrankheiten, Kopfverletzungen, schweren Fall, Schreck, psychische Ansteckung) hervorgerufen. Im Anfange des Übels finden nur unwillkürliche inkoordinierte Sprachbewegungen statt, die durch Übertreibung der Konsonanten eine leichte Unterbrechung der Kontinuität der Rede herbeiführen.

Diese leichten Haesitationen fallen der Umgebung auf. Man macht die Kinder darauf aufmerksam, man tadelt und verspottet sie, man schilt, droht und schlägt, man eröffnet ihnen die traurigsten Perspektiven ihrer Zukunft. Meist werden „Übungen" veranstaltet. Gestotterte Worte müssen wiederholt werden. Man findet „schwierige" Laute heraus, weist den Stotterer auf diese hin und übt sie immer wieder.

Durch dies Verhalten der Umgebung bekommt der Stotterer vor dem Sprechen die grösste Furcht. Er verfolgt die Aussprache jedes Wortes, besonders der „schwierigen" Laute mit peinlicher Angst. Das Sprechen wird ihm zur Qual. Die anfänglich schwachen unwillkürlichen inkoordinierten Sprachbewegungen werden durch die Angst bedeutend verstärkt. Auch die Atmung wird durch die Angst frequent und unregelmässig.

Bis hierher sind alle die falschen Atmungs- und Sprechbewegungen des Stotterers durchaus unwillkürlich. Nunmehr treten auch willkürliche hinzu. Man weist nämlich den Stotterer an, „tief Atem zu holen", „den Atem herauszustossen oder zurückzuhalten". Die Umgebung behauptet, der Stotterer

müsse sich „mehr Mühe geben", namentlich bei den „schwierigen" Lauten; dann werde es schon gehen. Durch diese unsachgemässen Verordnungen werden zu den anfänglich nur unwillkürlichen inkoordinierten Atmungs- und Sprachbewegungen auch noch willkürliche[1]) hinzugefügt. Bei völlig ausgebildeten Fällen kann man in der Tat von den Patienten selbst hören, dass sie viele — nicht alle — incoordinirte Bewegungen mit voller Absicht ausführen, in der Meinung, dass sie so besser sprechen können.

Durch das Hinzutreten der willkürlichen falschen Atmungs- und Sprechbewegungen wird die Sprache des armen Patienten immer schlechter. Seine Angst vor dem Sprechen, seine Furcht vor bestimmten Lauten wird immer grösser. Schliesslich kommt es häufig zu einer mehr oder weniger vorübergehenden völligen Sprachhemmung. Damit hat das Übel seinen vollen Höhepunkt erreicht. Der Patient ist dauernd deprimiert und menschenscheu.

Es ist nun für das Stottern ausserordentlich charakteristisch, dass das Übel in seiner Intensität ausserordentlich wechselt. Ein Stotterer spricht bei gewissen Gelegenheiten völlig fliessend, bei anderen leicht stotternd, dann wieder kann er überhaupt kein Wort herausbringen.

Um diese eigentümliche Erscheinung zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass der Stotterer nervös ist d. h. sein Nervensystem in abnormer Weise auf Reize reagiert, die für gesunde Menschen von geringem Belang sind.

Selbst schon ein leichtes körperliches Unwohlsein kann auf die Sprache des Stotterers stark verschlimmernd einwirken.

Vor allem aber sind es psychische Momente, die imstande sind, die Sprache des Stotterers zu beeinflussen. Die geringste Gemütsdepression, jede leichte Aufregung, das Erscheinen einer fremden Person, leichte Unebenheiten der Rede, wie sie durch Schwierigkeiten des Gedankens, des Ausdruckes oder fremder Aussprache hervorgerufen werden, können schon einen Stotterparoxysmus auslösen. Jede stärkere Erregung nun gar, oder die Angst vor strengen Erziehern und Lehrern, sowie die Furcht, sich vor fremden Personen zu blamieren, steigern das Übel in höchstem Masse.

---

[1]) Auch in dieser Hinsicht weichen die Ansichten der Autoren von einander ab. Gutzmann u. a. hält alle inkoordinierten Atmungs- und Sprachbewegungen des Stotterers für unwillkürliche Spasmen, Denhardt für willkürliche Bewegungen, mit denen der Patient über die Schwierigkeiten hinweg kommen will.

Beachtenswert ist der Umstand, dass selbst in den hochgradigsten Fällen die Patienten, sobald sie ganz allein sind, durchaus fliessend zu sprechen pflegen. Dann gelingen ihnen Laute und Worte, die sie sonst durchaus nicht herausbringen können, spielend ohne jede Schwierigkeit.

Es ist ferner auffallend, dass die Intensität der Störung von dem Verhalten der augenblicklichen Umgebung abhängt. Mit vertrauten Kameraden spricht der Stotterer oft durchaus fliessend, dem scheltenden Vater gegenüber schon weniger gut; bei dem strengen Lehrer kann der Patient kein Wort herausbringen, bei dem wohlwollenderen spricht er verhältnismässig glatt.

Alle Autoren stimmen nun darin überein, dass das Stottern vorwiegend in früher Kindheit auftritt und dass in der kindlichen Sprachentwicklung selbst disponierende Momente für die Entstehung des Übels liegen.

Erstens ist die Koordination der Sprachbewegungen beim Kinde noch zu wenig befestigt, so dass sie durch Störungen des Allgemeinbefindens, wie sie von Infektionskrankheiten, Traumen, Shok u. s. w. hervorgerufen werden, leicht ungünstig beeinflusst wird. Besonders ist das der Fall bei Kindern, die spät und langsam sprechen lernen.

Zweitens dauert der Abschluss der kindlichen Sprachentwicklung noch weit in die ersten Jahre der Schulzeit hinein. Zu einer vollständigen Koordination der Sprachbewegungen ist eine innige Harmonie zwischen innerer und äusserer Sprache nötig. Diese besteht aber bei Kindern im 3.—6. Lebensjahre oder darüber hinaus noch nicht. Auf diese wichtige Tatsache weisen besonders Berkhan, Coën, Gutzmann, Kussmaul und Treitel hin. Bei manchen Kindern bleibt die Entwicklung der formalen Sprache etwas zurück; sie denken langsam und finden nur schwer und mühsam den richtigen Ausdruck für ihre Gedanken; Zaudern, Zweifel und Korrekturen unterbrechen die Rede fortwährend und erzeugen inkoordinierte Sprachbewegungen, die sich eventuell zum Stottern steigern können. Andere Kinder wieder sind schneller von Gedanken und redegewandter; aber es fehlt ihnen noch die Disziplin beim Sprechen; sie wollen alles mögliche auf einmal erzählen, kommen vom Hundertsten ins Tausendste; diesem Ansturm von Worten ist die jugendliche Zunge noch nicht gewachsen, und so kommt es auch hier zu inkoordinierten Sprachbewegungen, die zum Stottern prädisponieren.

Ich glaube nun sicher, dass in solchen Fällen, wo wirkliches Stottern entsteht, sich die anfänglich geringen Koordinationsstörungen sehr bald von selbst geben würden, wenn die gesamte Umgebung des Stotterers (besonders die Eltern, Erzieher, Lehrer und Hausärzte) soviel Einsicht in das Wesen des Übels besässen, um sich der üblichen ungünstigen Einwirkungen auf den jugendlichen Patienten zu enthalten. Anstatt dessen bricht eine Flut von psychischen Insulten, bestehend in Scheltworten, Drohungen, Spottreden, über den armen Patienten herein und verschlimmert das Übel immer mehr. Man hat keine Ahnung, dass eine krankhafte Störung vorliegt, sondern beginnt einen rastlosen Kampf gegen die „böse Angewohnheit". Am schlimmsten sind die unsachgemässen „Übungen", die von den meist recht nervösen Eltern unternommen werden. Die geängstigten Kinder sprechen durch diese Übungen immer schlechter, es kommt zu turbulenten Szenen und das Übel steigert sich noch.

Zur Heilung des Stotterns sind sehr viele Methoden angegeben worden. Die meisten Autoren wollen durch systematische Atmungs-, Stimm- und Artikulationsübungen den Stotterer heilen; ich nenne hier vor allem die Methoden von Coën und Gutzmann. Andere Autoren z. B. Denhardt, Heymann, Treitel betonen besonders die Wichtigkeit einer psychischen Behandlung.

Es ist fraglos, dass die verschiedensten Methoden zum Ziele führen können. Ich halte jedoch diejenigen Methoden für weniger brauchbar, die wie die Gutzmannsche den Patienten längere Zeit hindurch in einer unnatürlichen Art reden lassen, z. B. mit „scharfen Vokalstellungen, mit leisem tiefen Stimmeinsatz, mit Dehnung des ersten Vokals im Sprechsatz". Wenn auch natürlich Gutzmann danach strebt, dass die Patienten später in natürlicher Rede sprechen, so bleiben doch häufig gegen den Willen des Therapeuten die eingeübten Unnatürlichkeiten bestehen, machen den Patienten lächerlich und ängstlich und verschlimmern eventuell das Übel noch. Ich werde unten zeigen, wie man in vielen Fällen von Anfang an, in einer natürlichen Rede üben kann und wie selbst in hochgradigen Fällen, wo zunächst aus psychischen Gründen eine unnatürliche Rede zunächst nicht zu entbehren ist, diese sich auf wenige Tage beschränken lässt.

Nach meiner Ansicht sind alle Atmungs-, Stimm- und Artikulationsübungen bei der Therapie des Stotterns

entbehrlich. Man kommt ohne sie schneller und leichter zum Ziele. Man muss vor allen Dingen die Tatsache im Auge behalten, dass der Stotterer beim Alleinsein fliessend spricht und dass nur bestimmte Situationen das Übel hervorrufen. Dann sieht man ein, dass die Behandlung vorwiegend eine psychische sein muss. Wir müssen den Stotterer gewöhnen, auch in schwierigeren Situationen ohne Angst und Lautfurcht zu reden und ohne jede Übertreibung des konsonantischen Elementes. Ich lasse deshalb die Patienten gleich in der ersten Sitzung mit gedehnten Vokalen sprechen. Indem die Patienten so fliessend reden, bekommen sie sofort Selbstvertrauen. Die Angst schwindet. Die Rede bessert sich meist mit einem Schlage. Man kann meist schon in der ersten Konsultation zu einer natürlichen Sprache übergehen. Bei Fällen mit geringer Sprechangst bedarf es nicht einmal der Dehnung der Vokale. Hier kann man von Anfang an in natürlicher Rede üben.

Über die weiteren Einzelheiten und eventuellen Modifikationen meiner Methode werden die folgenden Beispiele Aufklärung geben. Ich werde darin zeigen, wie man den Stotterer an die Anwesenheit fremder Personen gewöhnt und wie man alle die Hindernisse überwindet, die das Sprechen in den einzelnen Schuldisziplinen und besonders in fremden Sprachen dem Stotterer bietet. Ich werde vor allen Dingen immer wieder darauf hinweisen, welche psychischen Schädlichkeiten fortwährend von Seiten der Umgebung auf den Stotterer einstürmen und die Heilung verzögern oder verhindern. Gerade aus diesem Grunde handele ich hier nur von stotternden Kindern, weil diese gegen das Verhalten der Umgebung machtlos sind, die in ihrem Unverstande erst das anfangs geringe Übel zur vollen Höhe steigert und dann selbst die durch Behandlung gebesserten Kinder oft immer wieder in die alte Störung hineinhetzt.

Ich hoffe, dass mehr als alle theoretischen Auseinandersetzungen die folgenden lebendigen Beispiele den Leser über das wahre Wesen des Stotterns aufklären werden und wie leicht es ist, einerseits durch ein ruhiges, wohlwollendes, aufmunterndes Verhalten die Sprache stotternder Kinder günstig zu beeinflussen, andrerseits durch falsche Massregeln das Übel zu verschlimmern.

I. Der 14-jährige Patient stammt von einer hochgradig nervösen Mutter, die öfter aus ganz geringfügigen Ursachen Weinkrämpfe bekommt. Sonst keine neuropathische Belastung nach-

weisbar. Sprachstörungen sind in der Familie nicht vorgekommen. Die älteren und jüngeren Geschwister des Patienten sprechen fliessend. Der Patient selbst hat ausser Masern und Halsentzündung keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Er begann am Anfang des zweiten Lebensjahres zu sprechen. Zunächst war seine Sprache fliessend. Im Laufe des vierten Lebensjahres aber bildete sich allmählich Stottern heraus. anscheinend ohne besondere Ursache. Die Eltern hielten das für eine böse Angewohnheit und suchten das Übel durch häufige Ermahnungen und kleine Züchtigungen zu beseitigen. Die Spöttereien der Geschwister und Kameraden wurden gern geduldet, da sich die Eltern davon einen heilsamen Einfluss auf das Stottern versprachen. Die Störung verschlimmerte sich mehr und mehr. Der Knabe wurde scheu und ängstlich. Seine kindliche Fröhlichkeit verschwand. Am liebsten war er für sich allein. Er war wortkarg und sprach nur, wenn er dazu gezwungen wurde. In der Schule war die Sprache im allgemeinen ziemlich schlecht, doch hing der Grad der Störung vom Verhalten des Lehrers ab. Manche Lehrer freuten sich, aus den schriftlichen Arbeiten des Knaben seinen Fleiss und seine Fortschritte konstatieren zu können und nahmen es mit den mündlichen Antworten nicht so genau. Sie waren milde und nachsichtig gegen den verängstigten Knaben und suchten durch liebevollen Zuspruch sein Vertrauen zu gewinnen. Besonders duldeten sie auch das Lachen der Mitschüler bei den Antworten des Patienten nicht. Bei diesen Lehrern war die Sprache des Knaben fliessender; er kam wenigstens immer mit der Antwort heraus. wenn auch in zögernder stotternder Art. Leider gingen die meisten Herren energischer vor. Sie wurden sofort ungeduldig, wenn der Patient nicht gleich antworten konnte. Manche behaupteten, er habe nur nicht ordentlich gelernt, sonst würde er schon antworten können. Andere ahmten unter grosser Heiterkeit der gesamten Klasse die stotternde Sprache des Patienten nach. Bei diesen Lehrern sprach der Patient auffallend schlechter, und es kam häufig vor, dass er kein Wort von der Antwort herausbringen konnte.

Vor zwei Jahren wurde Patient in den grossen Ferien von anderer Seite wegen seines Stotterns behandelt. Nach der Kur war die Sprache fliessend, auch Fremden gegenüber. Als aber der Patient in die Schule zurückkehrte, begann ihn der Ordinarius, vor dem er besondere Furcht hatte, sofort in Gegenwart der

gesamten Klasse inbezug auf seine Sprechfähigkeit zu prüfen. Durch diesen unvermuteten Insult geriet der Knabe sofort in die grösste Angst und antwortete stotternd. Das genügte dem Ordinarius. Er konstatierte, dass die Sprache nicht gebessert sei. Von dem Moment an verfiel der Patient wieder in sein altes Stotterübel.

Status: Der Patient ist klein und schwächlich, von mässig gutem Ernährungszustande. Er macht einen seltsam scheuen und ängstlichen Eindruck. Besonders auffallend ist seine tieftraurige Miene. Als die Mutter von seinem Sprachübel berichtet, beginnt er heftig zu weinen und zu schluchzen.

An der Sprache des Patienten beobachtet man folgendes:

Zunächst atmet er jedesmal am Anfang des Satzes offenbar mit voller Absicht abnorm tief ein bei starker Beteiligung der Brustmuskulatur und weit geöffnetem Munde. Der Anfangskonsonant[1]) des ersten Wortes wird stets mit abnorm starker Kraft gebildet, sodass das Wort entweder erst nach minutenlanger Pause zustandekommt oder der Patient unter Thränen und Achselzucken den Sprechversuch überhaupt aufgibt. Innerhalb des Satzes tritt die Sprachbehinderung seltener auf, doch ist auch hier die Rede niemals ganz fliessend.

Der Patient stottert besonders bei den Lauten b, d und k. Vor diesen hat er eine besondere Furcht. Wenn es geht, sucht er Worten, die mit diesen Lauten beginnen, durch Umschreibung oder gar durch Schweigen aus dem Wege zu gehen. Kann er die Worte nicht vermeiden, so macht er oft bei den betreffenden Lauten ganz kolossale willkürliche Anstrengungen in der Meinung, auf diese Weise die Sprache zu fördern. So drückt er beim Worte „Berlin" die Lippen mit vollster Kraft absichtlich fest zusammen, weil er glaubt, so am besten über das schwierige b fortzukommen. Der Patient giebt zu, die abnorm tiefen Inspirationen und die übertrieben starke Artikulation häufig willkürlich zu machen, doch nicht immer; oft sitze er auch beim Sprechen fest, ohne dass er an irgend einen schwierigen Laut gedacht oder irgend welche willkürlichen Anstrengungen gemacht habe. Die tiefen Inspirationen seien ihm gelegentlich seiner vorigen Kur empfohlen

[1]) Jedes Wort, auch die in der Schrift mit einem Vokal anlautenden Worte, beginnt mit einem Konsonanten. Den anlautenden Vokalen geht der Verschlusskonsonant der Stimmbänder voraus, für den wir keine Schriftzeichen haben; die Griechen setzten dafür den *spiritus lenis*.

worden. Die willkürlichen Anstrengungen bei der Artikulation führt der Patient selbst darauf zurück, dass Eltern und Lehrer ihn stets ermahnt hätten, sich beim Sprechen mehr zu „bemühen".

Beim Lesen ist die Störung ebenso stark wie bei der freien Rede. Beim Singen tritt das Stottern ganz zurück. Der Patient giebt selbst an, dass er beim Alleinsein durchaus fliessend spreche und zwar auch die schwierigsten Worte und Sätze.

Der eigentlichen Therapie lasse ich in diesem Falle eine psychische Vorbereitung vorausgehen. Denn bei dem 14-jährigen begabten Obertertianer lässt sich um so mehr Skepsis voraussetzen, als er schon einmal vergebens behandelt wurde. Ein skeptischer Stotterer ist aber immer ein schwieriges Objekt der Behandlung. Bevor ich den Patienten sprechen lasse, entwickele ich ihm also die Gründe, weshalb er nach meinen Anweisungen wird fliessend sprechen können. Dies geschieht in folgender Weise:

„Sie[1]) wissen, dass es zweierlei Laute gibt, Vokale und Konsonanten. Bei den Vokalen geht die Ausatmungsluft ohne besonderen Widerstand durch Kehle und Mund. Bei den Konsonanten hingegen wird an den Lippen, den Zähnen, dem Gaumen oder dem Kehlkopf der Ausatmungsluft ein mehr oder minder grosser Widerstand entgegengesetzt. Beim Stottern nun wird dieser Widerstand zu stark gemacht und bleibt auch zu lange bestehen. Infolge dessen werden die Konsonanten abnorm verlängert und es entstehen Pausen, die erst aufhören, wenn der betreffende Vokal eintritt. Beim Singen wird weniger gestottert, weil hier gerade die Vokale verlängert werden, bei denen ja der Luft nur wenig Widerstand entgegengesetzt wird."

Der Patient wird aufgefordert, nunmehr die erste Strophe des Liedes „Heil dir im Siegerkranz" zu singen. Im Allgemeinen braucht man zwar nicht zu fürchten, dass ein Patient hierbei stottert. Bei unserem ängstlich erregten Knaben aber wäre es schon möglich, da er mit der grössten Spannung dem Beginn der Übungen entgegensieht und beim Singen möglicher Weise eine besondere Gêne empfindet. Da ich vom Singen ausgehen und dann allmählich zur normalen Sprache kommen will, so muss ich dafür sorgen, dass der Knabe auf alle Fälle fliessend singt, ohne zu stottern. Wenn der Patient jetzt beim Singen in der Erregung stottern würde, so würde das auf ihn einen ausserordentlich

[1]) Es empfiehlt sich selbst jugendliche Stotterer mit „Sie" anzureden und sie überhaupt stets in chevaleresker Weise zu behandeln, um ihr mangelhaftes Selbstgefühl möglichst zu heben.

ungünstigen psychischen Eindruck machen. ja die ganze Kur würde schwieriger werden. Der Knabe darf also jetzt beim Singen nicht stottern. Ich erreiche das dadurch, dass ich die ersten Takte mitsinge, erst laut, dann leiser werdend, endlich abbrechend mit den Worten: „Sehr schön, beim Singen stottern Sie gar nicht.“ Der Patient, auf diese Weise sicher gemacht, singt fliessend die ganze erste Strophe des Liedes herunter.

Ich fahre nun fort: „Beim Singen wird nicht gestottert, weil die Vokale[1]) verlängert werden, bei denen ja die Luft ohne besonderen Widerstand herausströmen kann. Diese Erleichterung können wir uns auch beim Sprechen verschaffen. wenn wir die Vokale verlängern. Wenn ein Stotterer mit verlängerten Vokalen spricht, so wird die Sprache ebenso wie beim Singen ganz fliessend. Wir werden das gleich sehen.“

Im allgemeinen sprechen Stotterer Sätze mit verlängerten Vokalen in der Tat sofort fliessend. Nur in sehr hochgradigen Fällen mit starker Sprechangst gelingt das nicht. Da dies bei unserem Patienten zu befürchten ist, so gebrauche ich, ähnlich wie vorhin beim Singen, die Vorsicht, die ersten Sätze mitzusprechen. Nachdem sich der Patient so überzeugt hat, dass er mit verlängerten Vokalen fliessend spricht, lasse ich ihn eine Reihe von Sätzen auf diese Weise nachsprechen. Vom spontanen Sprechen wird vorläufig abgesehen, weil der Patient, wie viele Stotterer, vielleicht ein ungeschickter Redner ist und die Schwierigkeiten der Diktion durch zweifeln und korrigieren häufig Stottern hervorrufen.

Der Patient spricht mir in der Tat alle Sätze fliessend nach, ohne auch nur einmal anzustossen. Um das Selbstvertrauen des Patienten zu heben, wird er wegen dieser Leistung von mir mehrfach belobt. Von seinem Gesichte kann ich die gewünschte Wirkung ablesen. Allmählich lasse ich schon in der ersten Konsultation beim Vorsprechen mit der Dehnung der Vokale nach. Unwillkürlich dehnt der Patient beim Nachsprechen auch weniger und wir kommen sehr bald zu einer völlig normalen Sprache.

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass diese Sprache sich vom Stottern durch den schwächeren konsonantischen Widerstand und durch die regelmässigere Atmung unterscheide.

---

[1]) Unter der Verlängerung der Vokale ist hier die zeitliche Dehnung gemeint. Dabei sollen die sog. „kurzen“ Vokale ihre charakterische Klangfarbe behalten und nicht in die sog. „langen“ übergehen. Über die „langen“ und „kurzen“ Vokale vgl. meine „Vorlesungen“ Heft 1. S. 51.

Der Patient wird ferner erinnert, dass er häufig absichtlich beim Sprechen besonders der „schwierigen“ Laute sich angestrengt, d. h. den konsonantischen Widerstand verstärkt und auch öfter absichtlich tiefe Inspirationen gemacht habe. Alle diese willkürlichen Eingriffe in das Sprachgeschäft seien zu unterlassen und vielmehr so zu reden, als ob man ganz allein sei.

Es werden nun dem Patienten eine Anzahl einfacher Fragen vorgelegt, die er in Form eines kleinen Satzes zu beantworten hat. Beispiele: „Wie alt sind Sie?“ „Ich bin 14 Jahre alt“. „Woher sind Sie?“ „Ich bin aus X“. „Was ist heute für ein Tag?“ „Heute ist Montag“. Diese Antworten kommen der spontanen Sprache schon näher, indem einige Worte des Satzes von dem Patienten selbst hinzugefügt werden müssen; da aber ein Teil der Antwort schon in der Frage enthalten ist, so sind die Schwierigkeiten der Diktion kaum vorhanden und ein Stottern auf diese Weise fast ausgeschlossen. Dazu kommt, dass jede meiner Fragen dem Patienten wieder das Muster einer ruhigen Sprache mit den normalen schwachen Konsonanten vorführt und dass Gelegenheit vorhanden ist, den Patienten nach jeder Antwort zu loben und seine Ruhe und sein Selbstvertrauen zu befestigen.

Der Patient beantwortet alle diese an ihn gerichteten Fragen in völlig fliessender normaler Sprache.

Ich gehe nun zum Lesen über. Das Lesen ist leichter als das spontane Sprechen, insofern Schwierigkeiten der Diktion ausgeschlossen sind. Andrerseits kann der Patient hier nicht die „schwierigen“ Worte vermeiden, wenigstens nicht, wenn man beim Lesen den Text kontrolliert und etwaige Umdichtungen oder Auslassungen verhindert.

Ich lese, um den Patienten sicher zu machen, die ersten Zeilen selbst mit, wobei ich öfter seine fliessende Sprache lobe. Es gelingt dann dem Patienten sofort, das ganze Stück fliessend vorzulesen.

Von fremden Sprachen sehe ich in der ersten Konsultation vorläufig ab.

Um die psychische Wirkung zu erhöhen, rufe ich die Mutter aus dem Nebenzimmer herein und lasse sie dem Schlusse der ersten Konsultation beiwohnen.

Die Mutter habe ich schon vorher darüber aufgeklärt, dass das Stottern keine üble „Angewohnheit“ oder „Energielosigkeit“ sei, sondern auf hochgradiger Nervosität beruhe. Ihr Sohn könne,

wenn er allein sei, ebenso fliessend sprechen wie wir. In Gegenwart anderer Personen aber packe ihn die Angst vor Blamage oder vor Tadel und verwirre seine Sprachbewegungen; dazu komme als zweites sprachhinderndes Moment das Bestreben, durch heftige Anstrengungen die Worte herauszuzwingen. Die Dame dürfe also ihrem Sohne aus der stotternden Sprache keinen Vorwurf machen. Sie müsse im Gegenteil versuchen, durch taktvolles Lob das Selbstvertrauen des Patienten zu heben und auch die nähere und fernere Umgebung des Patienten zu einem solchen Verhalten zu bewegen.

Für den weiteren Verlauf der Kur ist es von grosser Bedeutung, dass der Patient nun auch vor der Mutter ebenso fliessend spricht wie er es vorher tat, als ich mit ihm allein war. Der Patient hatte sicher vorher den Gedanken — ich fragte ihn absichtlich nicht danach, um ihm die Schwierigkeit der Situation nicht vor Augen zu führen —, dass er wohl in Gegenwart des wohlwollenden, nachsichtigen und sachverständigen Arztes ohne Stottern sprechen könne, nicht aber in Gegenwart seiner gestrengen Mutter, die den geringsten Anstoss rügen würde. Es wäre falsch, wenn ich den Patienten seine neugewonnene Sprechfähigkeit der Mutter gegenüber ausserhalb meines Konsultationszimmers probieren liesse. Er würde in der Erregung wahrscheinlich wieder stottern und der ganze überaus günstige Eindruck der ersten Konsultation wäre dahin. Wenn ich aber zugegen bin, gelingt es mir leicht, den Patienten über die Schwierigkeit der Situation hinwegzutäuschen. Aber nicht nur des Patienten wegen rufe ich die Mutter herein, sondern die Mutter selbst soll aus meinem Verhalten lernen, wie sie sich dem stotternden Sohne gegenüber zu benehmen hat, um ihn zum fliessenden Sprechen zu bringen.

Der Patient muss natürlich auf die Anwesenheit der Mutter in geeigneter Weise vorbereitet werden. Es wäre falsch, wenn ich etwa sagen würde: „Sie haben eben gut gesprochen. Ich werde nun Ihre Mutter hereinholen. Nehmen Sie sich recht zusammen, damit Sie jetzt auch fliessend sprechen“. Der Patient würde dann sicher stottern; denn er würde aus meinen Worten die Aufforderung entnehmen, in der veränderten Situation anders zu sprechen als vorher, besonders sich zu bemühen, dass er nicht stottere. Diese Bemühungen und die ängstliche Erregung würden ihn zum Stottern bringen. Ich will aber gerade den Patienten davon überzeugen, dass er jetzt in Gegenwart seiner

Mutter genau ebenso sprechen solle wie vorher, ohne jede Unruhe und ohne jede Bemühung.

Ich sage daher dem Patienten: „Sie sprechen ja ausserordentlich gut und es wäre wirklich schade, wenn Ihre Mutter dabei nicht zuhören sollte. Ich werde Ihrer Mutter sagen, dass ich mit Ihnen ausserordentlich zufrieden bin."

Nunmehr rufe ich die Mutter herein, gebe aber dem Patienten zunächst keine Gelegenheit zum Sprechen. Vielmehr rühme ich nun erst zur Mutter den Patienten in jeder Weise; er habe mit grosser Intelligenz gleich erfasst, worauf es ankomme; er habe sofort richtig verstanden, welche falschen Sprachbewegungen das Stottern hervorrufen und wie leicht sie bei richtiger Erkenntnis der Sache zu vermeiden seien; besonders hätte mir auch die Ruhe imponiert, die der Patient beim Sprechen entfaltet hätte.

Durch diese Lobreden gelangt der Patient zu einer gewissen behaglichen Ruhe, die ich noch dadurch steigere, dass ich ihm zunächst dieselben Fragen vorlege, die er schon vorhin fliessend beantwortet hat. Nachdem der Patient erst bei einer Reihe von Fragen fliessend gesprochen hat, geniert ihn die Anwesenheit der Mutter gar nicht mehr. Er beantwortet alle möglichen Fragen vollkommen fliessend.

Nach einer halben Stunde ist die Konsultation beendet. Länger möchte ich den Patienten zunächst nicht behalten, da ihn die Übung zu ermüden scheint und durch die Ermüdung die Sprache leicht verschlechtert wird.

Der Patient geht mit dem erhebenden Bewusstsein fort, einen bedeutenden Einblick in das Wesen seines Fehlers gewonnen und einen tüchtigen Fortschritt in seiner Sprechfähigkeit gemacht zu haben. Sein Selbstvertrauen und das Vertrauen zu seiner Sprache ist bedeutend gehoben.

Die Angehörigen, besonders die Mutter, gehen in glänzender Weise auf meine Intentionen ein. Dem Patienten werden keine Vorwürfe mehr gemacht, wenn er stottert. Ihn trifft kein tadelnder Blick. Man stellt ihm das Stottern nicht mehr als ein ungeheures Übel dar, das ihm später das Fortkommen unmöglich mache und ihn immer der Lächerlichkeit preisgeben werde. Vielmehr weist man ihn darauf hin, dass bei ihm das Übel offenbar nur ganz gering sei; dass er heute ja schon sehr gut gesprochen habe; dass der Arzt in ganz kurzer Zeit sichere Heilung in Aussicht gestellt habe.

Ich führe nun die Behandlung so weiter fort, dass ich einmal zu den Sprechübungen allmählich schwierigere Themata wähle, die durch die erschwerte Diktio eine grössere Disposition zum Stottern bieten; andrerseits gebe ich dem Patienten möglichst oft Gelegenheit vor Fremden zu sprechen.

Diese beiden Massnahmen sind unbedingt nötig zur Erzielung einer wirklich brauchbaren Sprache. Es ist ganz zwecklos, wie es in manchen Übungsbüchern empfohlen wird, den Stotterer immer wieder dieselben Sätze hersagen zu lassen oder ihn leichte Fragen beantworten zu lassen, die dem Patienten gar keine Schwierigkeiten machen. Auch die von manchen Therapeuten so beliebten Leseübungen treffen den Kern der Sache nicht. Denn es gibt sehr viele Patienten, die aus ihrem „Übungsbuch" alle die eingelernten Sätze und Fragen fliessend heruntersagen, die auch ohne jeden Anstoss lesen können; aber im wirklichen Leben oder in der Schule stottern sie genau ebenso wie früher. Gewöhnlich wird den Kindern ein Vorwurf daraus gemacht, dass sie bei ihrem Arzte resp. Lehrer gut sprechen und ausserhalb des Konsultationszimmers stottern. Man vergisst dabei, dass im wirklichen Leben resp. in der Schule nicht nachgesprochen wird, sondern dass der Patient imstande sein muss, mit einer gewissen Schnelligkeit den richtigen Gedanken zu fassen und dafür sofort den adaequaten Ausdruck zu finden. Aus den Schwierigkeiten der Diktion ergeben sich um so eher ungleichmässige Sprachimpulse, als die meisten Stotterer sehr wenig Übung in der Rede haben und recht ungeschickte Redner sind. Diese ungleichmässigen Sprachimpulse aber genügen, wenn der Patient nicht besonders geschult ist, um einen Stotterparoxysmus hervorzurufen. Und der Patient wird um so eher ins Stottern geraten, wenn sein Therapeut ihn immer nur papageiartig sprechen lässt und ihm eine schwierigere Rede immer nur in der gefürchteten Gegenwart von Fremden zugemutet wird.

Man tut im allgemeinen gut, nach einem bestimmten Schema die Aufgaben für die Sprechübungen ganz allmählich immer schwerer werden zu lassen und so langsam tastend den Punkt zu finden, wo die grössere Selbständigkeit der Rede heftigere inkoordinierte Sprachbewegungen und dadurch Stottern hervorruft. Wenn das Alter und der Bildungsgrad des Patienten es nicht erfordert, braucht man über diesen Punkt nicht hinauszugehen. Im anderen Falle muss man eben den Übungen

schwierigere Themata eventuell auch in fremden Sprachen zu Grunde legen.

Unserem Patienten nun sprach ich zunächst eine einfache Erzählung Satz für Satz vor und liess ihn jeden Satz wörtlich wiederholen. Darauf erzählte ich noch einmal die ganze Geschichte im Zusammenhange und der Patient musste dann dasselbe thun. Diese Übung führte der Patient ohne Schwierigkeit aus.

Während nun bei dieser ersten Aufgabe durch das satzgemässe Vorsprechen und Wiederholen Inhalt und Form der Rede dem Patienten schon ziemlich vertraut waren, komplizierte ich die zweite Aufgabe dadurch, dass ich eine längere Erzählung nahm und diese nur einmal im Zusammenhang vortrug. Hierbei konnte der Patient schon weniger im Gedächtnis behalten und musste bei der Wiederholung der Erzählung selbständiger disponieren. Doch erledigte der Patient, ein guter Schüler der Obertertia, diese Aufgabe ohne besondere Schwierigkeit.

Ich ging zur dritten Aufgabe über: Der Patient muss sich in einem Buche eine Erzählung von mehreren Seiten einmal durchlesen und mir dann im Zusammenhang erzählen. Diese Aufgabe pflegt jugendlichen Stotterern ziemlich schwer zu fallen. Denn die Buchsprache ist in phraseologischer und syntaktischer Beziehung zu kompliziert, als dass sich die Form der Rede dem Patienten einprägen könnte. Der Patient behält vielmehr nur den Inhalt der Erzählung und muss diesen bei der Wiedergabe in eigene Worte kleiden. Dies Ringen nach Worten versetzte unseren Patienten in eine gewisse Erregung und genügte schon, um ab und zu zunächst leise Häsitationen und dann leichtes Stottern hervorzurufen. Diese kleinen Fehler monierte ich nicht etwa. Ich tat vielmehr, als ob ich sie gar nicht bemerkte. Aber ich unterbrach den Patienten bei passender Gelegenheit. Ich lobte seine Sprache oder fügte irgend eine sachliche Bemerkung ein, um ihn so zu beruhigen und ihm gleichzeitig wieder das Muster einer richtigen Rede zu bieten. Auf diese Weise half ich dem Patienten unvermerkt über die schwierigen Klippen hinweg. Nach einigen Versuchen gelang es dem Knaben schon besser, seiner Erregung Herr zu werden und auch unter diesen schwierigeren Umständen ruhig zu bleiben und gelassen zu warten, bis ihm der richtige Ausdruck einfiel.

Bis hierher hatte der Patient nur mit den formalen Schwierigkeiten der Rede, mit dem Ausdruck, zu kämpfen, während ihm der

einfache Inhalt entweder von vornherein bekannt war oder sich ihm doch leicht einprägte. Da der Knabe aber eine höhere Schule besuchte und beim Unterricht Fragen beantworten musste, deren Inhalt ihm weit weniger vertraut war, so war es unbedingt nötig, die Sprache auch an der Beantwortung schulgemässer Fragen zu üben. Zu diesem Zwecke wurden dem Knaben Fragen zunächst aus dem Gebiete der Mathematik, Physik, Geographie und Geschichte und aus der Litteratur vorgelegt. Der Knabe beantwortete diese Fragen im Allgemeinen ziemlich glatt, immerhin war die Sprache nicht so fliessend wie vorher bei den einfacheren Aufgaben, offenbar weil das Suchen nach der richtigen Antwort eine Erregung schuf, die auf die Sprachbewegungen ungünstig einwirkte. Ich hütete mich, auch hier mit einer Miene zu verraten, dass ich das leichte Stottern bemerkt hätte, sondern lobte die Sprache im Gegenteil. Denn wenn ich den Patienten darauf aufmerksam gemacht hätte, dass er bei der Beantwortung schulgemässer Fragen schlechter spräche, so hätte er davor solche Angst bekommen, dass er nun noch mehr gestottert hätte. Um aber die Erregung des Patienten bei der Beantwortung dieser Fragen zu dämpfen, sprach ich ihm stets meine Bewunderung aus über seine Kenntnisse und tat vielfach, als ob ich aus seinen Antwortungen eine kleine Belehrung suchte. Ich hatte bei diesem Patienten ein verhältnismässig leichtes Spiel, da er in der Tat ein recht guter Schüler war, der sehr viel wusste und sich nur zu wenig zutraute. Der Patient gewann bald mehr Ruhe und beantwortete alle diese Fragen in fliessender Sprache.

Es galt nun noch eine Schwierigkeit zu überwinden, nämlich die fremden Sprachen. Es ist ausserordentlich häufig, dass Patienten, die ihre Muttersprache fliessend sprechen gelernt haben, in fremden Sprachen noch stark stottern. Durch die schwierigere Aussprache und durch die unvollkommnere Diktion entstehen leicht inkoordinierte Sprachbewegungen, die sich bei einiger Erregung zum Stottern steigern. Bei unserem Patienten traten keine Schwierigkeiten auf, was ich auf seine guten Kenntnisse zurückführe.

Nach vierzehn Tagen musste ich den Patienten aus äusseren Gründen in seine Heimat entlassen. Er sprach damals nicht nur in meinem Konsultationszimmer, sondern auch draussen mit Angehörigen und Fremden ganz fliessend. Auffallend war die völlige Veränderung des ganzen Wesens bei dem Knaben. Seine scheue Zurückhaltung, seine gedrückte weinerliche Stimmung waren zum Erstaunen der

Umgebung verschwunden. Eine gewisse jugendliche Keckheit und ein frischer fröhlicher Sinn waren an ihre Stelle getreten.

Um das Resultat der Therapie zu sichern, schrieb ich an den Ordinarius einige Zeilen, in denen ich darauf aufmerksam machte, dass der Knabe wie jeder andere Rekonvaleszent noch einiger Schonung bedürfe und dass man besonders seine Sprache nicht „prüfen“ möchte. Es ist recht merkwürdig, zu beobachten, wie durch die falsche Benennung „Unterricht“ die ganze Behandlung des Stotterns in eine schiefe Beurteilung kommt. Der Stotterer wird sofort als ein „Schüler“ betrachtet, der durch „Fleiss“ und „Aufmerksamkeit“ sprechen „lernen“ soll. Das Resultat der Behandlung erscheint unter dem Gesichtspunkt des „Unterrichts“ als eine „Kenntnis“, die man wie jede andere „prüfen“ kann. Ein mangelhaftes Resultat wird der „Energielosigkeit“ und „Unaufmerksamkeit“ des Patienten zugeschrieben. Man macht ihm direckt einen Vorwurf aus seiner stotternden Sprache und tadelt ihn wie einen Schüler, der seine Aufgabe nicht gelernt hat. Viele Fälle von Stottern werden nur deshalb nicht geheilt, weil sie täglich und stündlich die Angst vor den Angehörigen und Lehrern beherrscht, die sie bei etwaigem schlechten Resultat tadeln werden. Viele Fälle werden nur deshalb rückfällig, weil man sie allerlei unverständigen „Prüfungen“ unterwirft, wodurch die Patienten in die höchste Erregung geraten und ihre Sprache direkt verschlechtert wird. Man vergisst eben, dass das Stottern eine Krankheit ist, dass der Stotterer, wenn er allein ist, fliessend spricht und dass er nur unter ungünstigen psychischen Momenten stottert. Wie die Behandlung nur durch geeignete psychische Beeinflussung möglich ist, so ist es natürlich im Laufe oder unmittelbar nach der Behandlung auch möglich, durch ungünstige psychische Einwirkung die Sprache des Stotterers zu verschlechtern. Durch die „Prüfung“ wird der arme Stotterer leicht in eine abnorme Erregung gebracht und spricht dann etwas schlechter. Sein gestrenger Examinator aber merkt das sofort und macht den Patienten darauf aufmerksam. Die Angst des Stotterers wird dadurch noch grösser, seine Sprache noch schlechter, und nun konstatiert der Examinator mit strengem Blick, dass von Heilung gar keine Rede sein könne. Genau so war es unserem Patienten nach seiner ersten Kur gegangen. Das gute Resultat dieser Kur war durch den psychischen Insult zerstört worden, als der Ordinarius den Knaben vor die

ganze Klasse rief und ihn dann auf seine Sprache prüfte. Diesmal suchte ich derartige „Prüfungen" zu verhindern, indem ich den Ordinarius über die krankhafte Natur des Stotterns aufklärte und bat, die Sprache des Knaben möglichst oft zu loben. Der Ordinarius und die anderen Lehrer gingen in glänzender Weise auf meine Vorschläge ein, und der Knabe spricht noch heute nach 1½ Jahren tadellos.

II. Der 14-jährige Gymnasiast stottert seit seinem 5. Lebensjahre nach Scharlach. Der Patient stammt aus gesunder Familie. Sein Vater ist sehr jähzornig. Sonst keine hereditäre Belastung. Ausser Scharlach hat der Knabe keine besonderen Krankheiten durchgemacht. In der Schule sprach der Patient niemals gut. In der letzten Zeit hat sich aber das Stottern gang besonders verschlimmert. Der Ordinarius der Klasse behauptete, dass der Knabe das Stottern benutze, um seine Unwissenheit zu verbergen und bestrafte ihn daher oft. Eine Beschwerde beim Direktor half dem Knaben nichts. Der Herr ordnete ebenfalls strenge Bestrafung an. Auch der Vater des Patienten schalt ihn täglich wegen seiner Sprache, während die Mutter Tränen vergoss. Im Laufe dieser Zeit wurde die Sprache des Knaben immer schlechter, bis er schliesslich seit ca. 14 Tagen auch zu Hause im trauten Familienkreise trotz aller Anstrengungen kein Wort mehr hervorbringen konnte.

Status: Kleiner schwächlicher Knabe, mässig gut genährt. Die Untersuchung der Organe, auch der Sprachorgane ergibt nichts Besonderes. Der Knabe ist nicht im Stande, mir irgend eine Frage zu beantworten. Gleichgültig, was man auch fragt, der Patient macht immer dieselben eigentümlichen rüsselförmigen Bewegungen mit den Lippen, ohne auch nur einen Laut hervorzubringen. Der Patient vermag auch kein einziges Wort nachzusprechen, sondern macht immer nur dieselben Lippenbewegungen. Beim Alleinsein spricht er fliessend.

Wie mir der Patient später sagte, waren diese Lippenbewegungen nicht unwillkürlich, spastisch, sondern er machte sie in voller Absicht, weil er glaubte, dass danach die Worte „von selbst" herauskommen würden. Der Fall unterscheidet sich von dem gewöhnlichen Stottern dadurch, dass bei letzterem immer an der Artikulationsstelle des auszusprechenden Lautes entweder willkürlich oder unwillkürlich eine zu starke Kraft angewendet wird, die der Exspirationsstrom nicht überwinden kann. Der gewöhnliche Stotterer macht also bei den Lippenlauten

inkoordinierte Sprachbewegungen mit den Lippen, bei den Zungenlauten mit der Zungenspitze, bei den Gaumenlauten mit Zungenrücken und Unterkiefer, bei den Kehlkopflauten mit den Stimmbändern. Bei unserem Patienten hingegen kommt es überhaupt zu keinen Artikulationsbewegungen, vielmehr macht er immer nur dieselben rüsselförmigen Lippenbewegungen. Diese eigentümlichen Lippenbewegungen gehören nicht zu den eigentlichen inkoordinierten Sprachbewegungen, sondern zu den „akzessorischen" Bewegungen des Stotterers. Bei den meisten Patienten finden diese „akzessorischen" Bewegungen nicht am Artikulationsapparat, sondern an Kopf, Rumpf und Gliedmassen statt. So begleiten viele Stotterer ihre Sprache mit Stirnrunzeln, Grimassieren, Kopfnicken, Rumpfbeugen, Armstossen und Fussstampfen. Es ist nicht richtig, wie manche Autoren es tun, diese „akzessorischen" Bewegungen sämtlich als unwillkürliche „reflektorische Mitbewegungen" zu betrachten. Vielmehr sind die meisten dieser „akzessorischen" Bewegungen durchaus willkürlich und werden mit voller Absicht vom Patienten ausgeführt, in der Meinung, so besser sprechen zu können. In seltenen Fällen nun finden, wie bei unserem Patienten, die akzessorischen Bewegungen an dem Artikulationsapparat selbst statt. Es besteht dann oft eine vollständige Stummheit. Eigentliche Artikulationsbewegungen werden dann überhaupt nicht gemacht, sondern es treten nur jedesmal dieselben „akzessorischen" Bewegungen am Artikulationsapparat ein, wie Lippenspitzen oder Zähneklappern oder Mundaufreissen oder seitliches Hin- und Herschieben des Unterkiefers. In solchen Fällen kann man von vornherein die hochgradigste Angst vor dem Sprechen annehmen. Es sind dann immer kolossale psychische Insulte vorangegangen, die den armen Patienten in diesen höchsten Grad des Stotterns getrieben haben. Auch bei unserem Patienten ist derartiges vorgekommen. Die Lehrer und der Direktor beschuldigten ihn einer gewissen Simulation, der Vater schalt ihn stets, die Mutter weinte über das „Unglück" des Stotterns. Alles das erschütterte den armen Knaben auf das Heftigste und steigerte das Stottern bis zur Stummheit.

Wenn in einem so exorbitanten Falle die Behandlung etwas erreichen sollte, so musste man zunächst versuchen, die starken psychischen Schädigungen von dem Patienten fernzuhalten. Ich klärte also zunächst die Eltern darüber auf, dass das Stottern nicht auf „Energielosigkeit" beruhe, sondern etwas Krankhaftes sei; dass

Vorwürfe oder Klagen den Patienten ängstigen und beunruhigen und die Sprache so noch verschlechtern; dass dagegen kluger, wohlwollender, hoffnungsfreudiger Zuspruch den Patienten beruhige und seine Sprache verbessere. Ich bat die Eltern, nach diesen Grundsätzen zu verfahren.

Ferner riet ich, den Knaben aus dem Gymnasium herauszunehmen und ihn vorläufig privatim unterrichten zu lassen. Im Allgemeinen halte ich diese Massregel für falsch; oft ist sie ja auch schon aus pekuniären Gründen ausgeschlossen. In der Regel ist es sicher besser, wenn der Patient während der Behandlung genau in den Verhältnissen bleibt, in denen er sich immer befindet. Auf diese Weise gelingt es ihm am besten, sich von der Sprechangst und von der Furcht vor bestimmten Personen und Situationen zu befreien, weil er täglich noch an seinem Arzte eine moralische Stütze findet. Ein Schulurlaub und noch mehr eine Anstaltsbehandlung schaltet ja mit einem Schlage alle die zahlreichen Schwierigkeiten des wirklichen Lebens aus und erleichtert die Therapie bedeutend; wenn aber der Patient in die gewohnten Verhältnisse zurückkehrt, ist er ihnen oft nicht gewachsen und verfällt wieder in sein altes Sprechübel. Will man aber einen Patienten während der Behandlung in der gewohnten Situation belassen, so ist doch die Voraussetzung dafür, dass es gelingt, die Personen der Umgebung in Haus und Schule zu einem möglichst schonenden Verhalten gegen den Patienten zu veranlassen. Dazu schien mir in unserem Falle, wenigstens was die Schule betrifft, keine Aussicht zu sein. Ich hielt es zwar nicht für unmöglich, dass der Knabe mitunter wirklich nur ein Stottern simuliert hatte, um seine Unwissenheit zu verbergen; aber ich glaubte nicht, dass es bei dem ziemlich fleissigen Schüler so häufig vorgekommen sei. Wie dem aber auch sein mochte, das Verhalten der Lehrer war dem stotternden nervösen Knaben gegenüber zu energisch und hatte seine Sprache rapid verschlechtert. Der Direktor hatte das Verhalten gebilligt. Ein Rückzug des Herren war schwer möglich. Ich schlug deshalb eine Umschulung vor und in Anbetracht der Hochgradigkeit des Falles bis auf weiteres einen privaten Unterricht. Auf diese Weise konnte sich der arme Knabe zunächst beruhigen.

Wegen der grossen Erregung des Knaben hielt ich es nicht für ratsam, schon in der ersten Konsultation mit den eigentlichen Sprechübungen zu beginnen. Ich gab nur den Eltern die

geschilderten Ratschläge. Nachdem die Eltern sich zu allem bereit erklärt hatten, machte ich dem Patienten die Mitteilung, dass er schon von heute ab das Gymnasium verlassen und privaten Unterricht bekommen würde, dass auch die Vorwürfe zu Hause aufhören würden. Heute hätte ich keine Zeit mehr. Er möchte doch morgen wiederkommen. Dann wollten wir mit den Übungen beginnen. Er würde schon morgen fliessend sprechen können.

Am andern Tage erschien die Mutter mit dem Knaben. Ich liess die Dame im Vorzimmer warten. Bevor ich den Knaben mit gedehnten Vokalen sprechen liess, machte ich ihm eine ähnliche Auseinandersetzung wie bei Fall I. Der Knabe sprach mir dann in der Tat jeden Satz mit gedehnten Vokalen fliessend nach. Ich ging nun zur Beantwortung kleiner Fragen über, wobei ich allmählich mit der Dehnung der Vokale nachliess, sodass auch die Sprache des Patienten normal wurde. Nach $^1/_2$ Stunde rief ich die Mutter herein. Der Knabe beantwortete mir in Gegenwart seiner Mutter eine grosse Reihe von Fragen in völlig normaler Sprache, ohne auch nur einmal anzustossen. Ich spendete dem Knaben reichstes Lob und schickte ihn dann hinaus Die erstaunte und erfreute Mutter bat ich, trotz des glänzenden Resultats der ersten Konsultation keine der Massregeln zu versäumen, die ich Tags zuvor empfohlen hatte. Es käme jetzt darauf an, den Knaben in jeder Weise zu schonen, damit er sich allmählich von seiner Sprachangst befreien und Selbstvertrauen gewinnen könnte. Die Mutter teilte mir noch mit, dass in einigen Wochen die Einsegnung des Knaben bevorstände, und erbat meinen Rat in dieser Sache. Da der Knabe bei dieser Gelegenheit in der Kirche vor versammelter Gemeinde einiges vorzutragen hatte, so riet ich, die Einsegnung vorläufig zu verschieben. Denn ich fürchtete sehr, dass der Knabe durch das bevorstehende öffentliche Auftreten sehr erregt werden und sich in der Sprache verschlechtern würde. Die Eltern versprachen, meinem Rate zu folgen.

Der Knabe sprach nun in den nächsten 14 Tagen auch mit seinen Eltern, mit seinem Privatlehrer und mit fremden Personen völlig tadellos. Um so mehr war ich überrascht, als er am Anfange der dritten Woche bei mir eines Nachmittags erschien und wieder etwas stotterte. Da der Knabe sich ganz wohl befand, so vermutete ich irgend einen psychischen Insult. Eine Recherche ergab Folgendes: Der Vater hatte, siegesgewiss durch die fliessende

Sprache des Patienten, ohne mein Zutun beschlossen, den Knaben in ein Gymnasium einzuschulen und ihm am Vormittag aufgetragen, sich dort nach dem Termin der Aufnahmeprüfung zu erkundigen. Der Knabe hatte das — wahrscheinlich aus Angst — unterlassen und war daher von dem Vater in sehr harter Weise ausgescholten worden. Die Erregung über diesen Auftritt und die Angst vor der bevorstehenden Schulprüfung hatten die Sprache verschlechtert. Ich bat daher, den Termin der Einschulung noch hinauszuschieben und erhielt auch vom Vater diese Zusage. Die Sprache des Knaben wurde nun wieder besser. Er sprach ganz fliessend und hatte auch sichtbar an Selbstvertrauen gewonnen. Als ich den Knaben nach 4 Wochen gerade entlassen wollte, teilte mir der Vater mit, dass er in Anbetracht der guten Sprache den Knaben nunmehr doch noch mit seinen Genossen in den nächsten Tagen einsegnen lassen würde. Ich war mit dieser Sache eigentlich nicht einverstanden. Ein Stotterer, der eben aus der Behandlung entlassen wird, bedarf noch einer gewissen Schonung Alles, was wieder eine Angst vorm Sprechen in ihm erzeugen könnte, muss dringend vermieden werden. In der Einsegnung aber, die den Knaben zum öffentlichen Sprechen zwingt und ihn mit vielen Gratulanten in Berührung bringt, liegen für einen Stotterer entschieden sehr viele ungünstige Momente. Da aber alles schon vollständig vorbereitet war, liess sich an der Sache nichts mehr ändern. Ich bat wenigstens die Behandlung nicht nach 4 Wochen abzubrechen, wie ursprünglich verabredet war, sondern noch die Einsegnung abzuwarten. Ich sprach dem Knaben Mut zu und erklärte ihm, dass er sicher fliessend sprechen würde. In der Tat sprach der Knabe sowohl bei der Zeremonie selbst als auch bei dem häuslichen Feste tadellos. Gegen meinen ausdrücklichen Rat wurde nun der Patient bei einem Gymnasium angemeldet und einer Aufnahmeprüfung unterworfen. Auch in dieser Prüfung stotterte der Knabe nicht. Nach einem Jahre erhielt ich die Nachricht, dass er andauernd fliessend sprach.

Der Fall ist recht charakteristisch für die Gefahren, die das Resultat der Behandlung bedrohen. So pessimistisch wie der Vater im Anfange der Behandlung war und sich bereit erklärte, alles nach Vorschrift zu tun, so optimistisch wurde er bald und traf gegen alle Verabredung Massregeln, die das schöne Resultat in Frage stellten. Wenn auch schliesslich alles gut ablief, so ist

das Verhalten des Vaters absolut zu missbilligen. Man muss aber nicht vergessen, dass die Eltern eines Stotterers eben meist auch sehr nervöse Naturen sind, die anders als normale Menschen reagieren.

III. Der $6\frac{1}{2}$-jährige Knabe besucht seit 5 Monaten die Schule. Er hat vorher angeblich immer glatt gesprochen. Einige Wochen nach der Einschulung begann er zu stottern. Seitdem hat sich das Übel rapid vermehrt, so dass der Knabe gewisse Worte überhaupt nicht herausbekommt. Besonders ist das beim Lesen und Rechnen der Fall.

Die Mutter des Patienten ist sehr nervös, häufig ohne Grund melancholisch verstimmt, gerät leicht in grosse Erregung, weint viel. Ein Onkel des Patienten stottert, ist aber nie mit dem Knaben zusammengekommen. Seit einigen Wochen stottert auch der jüngere Bruder des Patienten.

Der Knabe ist für sein Alter gross und kräftig. Organe gesund. Patient macht einen gedrückten, traurigen Eindruck. Er stottert hochgradig und zwar nicht nur am Anfang eines Satzes, sondern auch in der Mitte. Er bekommt Worte, die mit b, d, a, ei anlauten, überhaupt nicht heraus. Dabei macht er heftige nickende Bewegungen mit dem Kopf. Beim Lesen ist die Sprache auch nicht fliessender. Der Patient bringt auch hier die genannten Laute nicht zu Stande. Singen hingegen kann der Patient fliessend. Offenbar müssen schwere psychische Insulte vorgekommen sein. Ich schickte daher den Knaben hinaus und examinierte die Mutter, wie man den Knaben in Schule und Haus behandelt hätte. Es ergab sich folgendes: Der Knabe hatte von Anfang an grosse Angst vor der Schule. Lesen und Rechnen begriff er schwer. Der Lehrer war dem Knaben gegenüber immer freundlich und wohlwollend gewesen, schalt ihn auch nie wegen des Stotterns. Dagegen liefen dem Knaben öfter seine Mitschüler nach und belegten ihn mit Schimpfnamen wie „Stotterbock“ etc. Der Knabe weinte deswegen viel zu Hause und traute sich in der Schule gar nicht zu sprechen, aus Furcht zu stottern und den Spott der Kameraden herauszufordern. Die Mutter arbeitete täglich mit dem Knaben zu Hause. Dabei kam es zu erregten Szenen. Wenn der Knabe bei einem Worte stotterte, so liess ihn die Mutter das Wort mehrmals wiederholen. Sobald sie zu bemerken glaubte, dass der Anfangslaut des Wortes dem Knaben besondere Schwierigkeiten bereitete, so liess sie ihn eine Menge von Worten mit

diesem Anlaut nachsprechen und wies ihn an, sich bei diesem Laute „rechte Mühe zu geben“, damit dieser „gut“ herauskäme. Zu ihrem Erstaunen nahm die Mutter wahr, dass der Knabe nunmehr diesen Laut überhaupt nicht mehr herausbrachte. Das betrübte sie sehr und sie fing in Gegenwart des Knaben an zu weinen. Am anderen Tage begann dasselbe Spiel mit einem anderen Laute. Die Laute, bei denen der Knabe stotterte, waren nicht konstant, meist waren es Verschlusslaute oder Vokalanfänge. Die „schwierigen“ Laute lösten einander ab; wochenlang blieben die einzelnen an der Tagesordnung, um dann anderen Platz zu machen. „Schwierig“ waren immer die Laute, die die Mutter mit dem Knaben besonders geübt hatte.

Beim häuslichen Rechnen ging die Sprache angeblich so schlecht, dass die Mutter auf ein Aussprechen der Resultate überhaupt verzichtete und den Knaben die Resultate einfach niederschreiben liess.

Endlich eruierte ich, dass auch der Vater den Knaben täglich zum besseren Sprechen ermahnte und ihm seine Zukunft in den düstersten Farben ausmalte, wenn er das Stottern nicht lassen würde.

Dieser Fall ist geradezu typisch: Die spottenden Kameraden, der scheltende Vater, die „übende“, weinende Mutter, das sind die Gestalten, die in der Umgebung des Stotterers immer wiederkehren und durch ihr Verhalten das Übel mehr und mehr verschlimmern. Hier fehlt nur noch in dem Reigen der gestrenge Lehrer, der von der krankhaften Natur des Stotterns nichts ahnt und den armen Stotterer schilt und ihn dem Spotte preisgibt.

Die Eltern meinten es ja natürlich recht gut mit dem Knaben. Aber der Vater hatte keine Ahnung davon, dass er durch sein Schelten in dem Jungen gradezu eine Angst vor dem Sprechen züchtete, die die Sprachbewegungen immer mehr verwirrte und das Stottern verstärkte. Die Mutter des Knaben eignete sich gar nicht zu den „Übungen“. Wer einen Stotterer günstig beeinflussen will, darf vor allen Dingen bei etwaigen Misserfolgen nicht seine Ruhe verlieren, am allerwenigsten aber in Tränen ausbrechen. Die Mutter merkte es selbst, dass durch das „Üben“ die „schwierigen“ Laute immer schlechter gingen; doch konnte sie sich das gar nicht erklären. Sie ahnte nicht, dass sie durch die „Übungen“ dem Knaben immer mehr und mehr Angst vor den „schwierigen“ Lauten einimpfte und dass diese Angst die Koordination der

Sprachbewegungen ausserordentlich störte. Die Mutter wusste aber auch nicht, dass durch ihre Weisung, sich recht viel „Mühe“ bei den „schwierigen“ Lauten zu geben, der Knabe den konsonantischen Widerstand dieser Laute durch willkürliche Anstrengungen derartig verstärkte, dass die Ausatmungsluft ihn nicht überwinden konnte und nun gerade dadurch die Laute gar nicht herauskamen.

Recht schlimm war auch die Massregel der Mutter, beim Rechnen überhaupt den Knaben nicht sprechen zu lassen, sondern sich mit dem Aufschreiben der Resultate zu begnügen. Ein Stotterer ist in Bezug auf seinen Sprachfehler ausserordentlich suggestibel. Sobald man ihm sagt, dass ein Laut oder eine Disziplin oder eine Situation für seine Sprache ganz besonders schwierige Momente berge, so gerät der Patient oft dabei in solche Angst, dass die suggerierte Schwierigkeit wirklich eintritt. Unser kleiner Patient war ein schlechter Rechner. Die ganze Manipulation versetzte ihn schon in ängstliche Erregung. Wenn er das Resultat aussprach, beschlichen ihn grosse Zweifel an der Richtigkeit. Auf diese Weise entstanden allerlei inkoordinierte Sprachbewegungen, die sich meist bis zum Stottern steigerten. Also gewisse Schwierigkeiten der Sprache hatte der Knabe sicher beim Rechnen. Dadurch, dass die Mutter aber den Knaben beim Rechnen überhaupt nicht mehr sprechen liess, suggerierte sie ihm die Idee, dass diese Schwierigkeiten überhaupt gar nicht zu überwinden wären.

Ich bat nun die Eltern, sie möchten den Knaben wegen des Stotterns nicht mehr schelten, sie möchten sich nicht betrübt darüber zeigen und das Übel scheinbar gar nicht beachten. Im übrigen sollten sie ihm sagen, dass er durch die ärztliche Behandlung schon nach wenigen Tagen bedeutend besser sprechen würde, und sollten seine Sprache möglichst oft loben. Der Mutter riet ich dringend, mit dem Knaben bis auf weiteres keine Schularbeiten mehr zu machen und mit ihm ganz und gar nicht zu „üben“. Den Lehrer wollten wir bitten mit seiner wohlwollenden Freundlichkeit fortzufahren, den Patienten vorläufig beim Unterricht nicht zu fragen und die Schüler zu veranlassen, mit ihren Spöttereien aufzuhören.

Am nächsten Tage begann ich die Sprechübungen, während die Mutter im Vorzimmer wartete. Ich sprach dem Knaben sofort Sätze mit gedehnten Vokalen vor. Einer näheren psychischen

Vorbereitung bedurfte es bei dem jungen Knaben nicht. Ich sagte ihm einfach: „Mit langgezogenen Worten kann jeder fliessend sprechen." und richtig, da konnte er es auch. Er sprach mir mit gedehnten Vokalen jeden Satz fliessend nach. Auch bei den „schwierigen" Lauten stotterte er nicht. Ich konnte daher schon in der ersten Konsultation zu einer völlig normalen Sprache übergehen. Der Knabe beantwortete mir eine grosse Reihe von Fragen ohne anzustossen. Nunmehr rief ich die Mutter hinein. Sie benahm sich möglichst ungeschickt. Sie lauschte ängstlich gespannt auf jedes Wort des fliessend sprechenden Knaben. Kein Wort der Freude oder der Aufmunterung wegen der fliessenden Sprache kam von ihren Lippen. Die Mutter vermied es geflissentlich, den Knaben anzuschauen, als wollte sie sagen: „Wenn ich ihn ansehe, stottert er gewiss." Sobald der Knabe einmal überlegte und eine Frage nicht im Angenblick beantwortete, so begann die Dame unruhig den Kopf zu bewegen, als fürchte sie, er werde nun sicher stottern. Er hätte es wohl auch bald getan, wenn ich es nicht vorgezogen hätte, die Sitzung zu schliessen und den Knaben hinauszuschicken. Ich setzte der Dame noch einmal auseinander, dass ihr ängstliches, besorgtes Benehmen den Knaben errege und seine Sprache verschlechtere. Ich bat sie, mehr Zuversicht zur Schau zu tragen, den Knaben recht viel wegen seiner Sprache zu loben und ihm so mehr Selbstvertrauen einzuflössen.

Am nächsten Tage liess ich den Knaben zunächst noch einmal Sätze mit gedehnten Vokalen nachsprechen. Da er fliessend sprach, ging ich bald zur normalen Sprache über. Der Knabe beantwortete wieder die vorgelegten Fragen ohne zu stottern. Ich begann daher mit ihm zu lesen und zwar zunächst nur einzelne Worte. Um den Knaben sicher zu machen, las ich zunächst jedes Wort mit, anfänglich mit lauter Stimme, allmählich immer leiser. Der Knabe las so ohne zu stottern. Ich lobte ihn mit beredten Worten und, nachdem er so sicher geworden, liess ich ihn allein lesen. In der Tat las der Knabe nun alle Worte ohne zu stottern. Die Probe war gut gelungen. Ich rief die Mutter wieder hinein und sagte ihr, dass der Knabe gut gesprochen und gelesen hätte. Die Dame machte ein ungläubiges Gesicht und bat um die Fibel. Sie wollte Worte heraussuchen, bei denen er doch stottern würde. Tableau! Ich verzichtete auf eine Probe in Gegenwart der Mutter; denn der Knabe hätte in Gegenwart der

skeptischen Dame wahrscheinlich sein Selbstvertrauen wieder verloren und hätte wirklich die „schwierigen" Worte nicht herausbekommen. Ich schickte also den Knaben wiederum hinaus, um mich noch einmal mit der Mutter auseinanderzusetzen. Es war klar, dass ich den Knaben nur dann heilen konnte, wenn es mir gelang, die Mutter zu einem andern Verhalten zu bestimmen. Ich suchte ihr also noch einmal klar zu machen, dass alles darauf ankäme, dem Knaben die Angst vor bestimmten Lauten zu nehmen; dass es also ein Fehler wäre, ihn auf „schwierige" Laute hinzuweisen und die Furcht zu äussern, dass er diese nicht herausbekäme. Im Übrigen bat ich die Dame, mir ihren Gemahl zu schicken.

Am anderen Tage kam auch der Vater mit dem Jungen und machte ein sehr erstauntes Gesicht, als ich ihm auseinandersetzte, dass das Stottern keine „Angewohnheit" und „Energielosigkeit" sei, dass es vielmehr nervöser Natur sei und dass man durch Schelten und Klagen und Korrigieren das Übel nur verschlimmere. Es käme darauf an, dass man durch ruhiges, nachsichtiges, zuversichtliches Benehmen dem Knaben wieder Selbstvertrauen verschaffe und vor allen Dingen jeden Hinweis auf schwierige Laute vermeide. Der Herr sah das alles auch ein und versprach selbst danach zu handeln und auch seine Frau zu einem veränderten Benehmen zu bestimmmen. Ich übte nun zunächst mit dem Knaben wieder allein. Er sprach ganz fliessend und nachdem ich mit ihm einige Worte zusammen gelesen, las er auch ohne zu stottern. Auch in Gegenwart des Vaters beantwortete er dann die vorgelegten Fragen ohne zu stottern und las ebenso fliessend aus der Fibel vor. Der Vater war sehr erfreut. Er lobte den Knaben in demonstrativer enthusiastischer Weise. Strahlenden Gesichts verliess mich der Knabe.

In den nächsten Tagen konnte ich den Knaben auch der Mutter mit einer tadellosen Sprache vorführen. Sie ging jetzt mehr auf meine Intensionen ein, machte ein weniger misstrauisches Gesicht und liess sich herbei, dem Knaben öfter anerkennende Worte über seine fliessende Sprache zu sagen.

Nunmehr war noch eine Schwierigkeit zu überwinden, die Sprache beim Rechnen. Aus den oben angeführten Gründen war die Angst des Knaben bei dieser Disziplin besonders stark. Man musste also vorsichtig zu Werke gehen. Ich liess den Knaben zunächst von 1 ab laut zählen, wobei ich anfangs zur Vorsicht mitsprach, bald aber ihn allein sprechen liess. Bekanntlich wird

bei auswendig gelernten Sachen im allgemeinen wenig gestottert; deshalb nahm ich zunächst die einfache Zahlenreihe heran. Der Knabe sprach auch wirklich ganz glatt und gewann so die Überzeugung, dass er auch die Zahlen mit „schwierigen" Anfangslauten aussprechen konnte. Ich ging dann zu ganz leichten kleinen Exempeln über, bei denen der Knabe auch fliessend sprach. An grössere Exempel wagte ich mich noch nicht heran, weil ich fürchtete, dass der schlechte Rechner durch seine Zweifel dabei noch stottern würde.

So war alles im besten Gange, als der Knabe einige Tage später beim Rechnen und Lesen wieder recht erheblich stotterte und zwar waren es wieder ganz bestimmte Laute, die er nicht herausbrachte. Ich erfuhr denn auch, dass die Mutter gegen meinen ausdrücklichen Wunsch mit dem Jungen wieder gearbeitet und in der alten Weise ihn wieder auf die „schwierigen" Laute hingewiesen hatte.

Kleine Rückschläge kommen bei der Behandlung des Stotterns sehr häufig vor und zwar aus mannigfaltigen Gründen. Bald ist es eine körperliche Indisposition, bald eine besondere heikle Situation, bald eine Schwierigkeit der Rede in gedanklicher oder formaler Natur, die wieder ein leichtes Stottern hervorrufen. Bei unserem Patienten genügte in Gegenwart seiner pessimistischen Mutter die Schwierigkeit einer Leseaufgabe, um ihn wieder ins Stottern zu bringen. Wenn der Knabe bei mir las, so sah er, dass etwaiges Stottern auf mich gar keinen Eindruck machte; ich blieb ebenso ruhig, freundlich und wohlgemut wie vorher. Die nervöse besorgte Mutter vermochte das nicht. Jedes Wort, das der Knabe las, war für sie eine Sorge und Aufregung; man sah ihr das am Gesicht an, man hörte es an ihrer erregten Stimme. Sobald der Knabe anstossen zu wollen schien, wurde die Mutter unruhig und ängstlich und brachte den Knaben ganz ausser Fassung, sodass er nun wirklich stotterte. War dies Unglück geschehen, so traten der Mutter Tränen in die Augen. Wenn ein schwieriger Laut wiederkehrte, so konnte die Mutter schon vorher Zeichen von Angst und Unruhe nicht unterdrücken und trotz meiner Warnung ermahnte sie den Knaben „aufzupassen" und „sich Mühe zu geben". Unter dieser psychischen Erregung stotterte der Knabe immer mehr und bekam wieder Furcht vor „schwierigen" Lauten. Die Sprache verschlechterte sich auch merklich.

In solchen Situationen muss sich der Therapeut vor allen Dingen selbst beherrschen. Das ist aber nicht so leicht, wenn das mühsam erreichte Resultat plötzlich zu entschwinden droht. Ich halte es für einen grossen Fehler, dem Patienten gegenüber seinen Verdruss oder sein Bedauern oder gar seine Entmutigung nur im geringsten merken zu lassen. Auch eine „energische“ Behandlung solcher rückfälliger Patienten halte ich nicht für richtig, trotzdem sie von mancher Seite empfohlen wird. Nach meiner Ansicht soll das Konsultationszimmer des Arztes die Freistatt sein, wo sich der Patient ebenso wohl und unbefangen fühlt, als wenn er allein ist. Beim Alleinsein spricht ja auch solch ein rückfälliger Patient ganz glatt. Schaffen wir ihm solche Freistatt, wo er zunächst sich in Gegenwart seines Arztes an eine fliessende Sprache gewöhnt, der ihm immer mit derselben wohlwollenden, geduldigen, unerschütterlichen Ruhe entgegentritt, auch wenn die Sprache des Patienten einmal schlechter ist. Allmählich dürfen dann auch Angehörige und Fremde hinzukommen, die bewusst oder unbewusst lernen müssen, wie man sich einem Stotterer gegenüber zu benehmen hat, um ihn nicht aus der Fassung zu bringen. Hat sich der Patient erst öfter überzeugt, dass er in Gegenwart von Angehörigen und Fremden fliessend sprechen kann, dann wird er auch bald allen Situationen gewachsen sein, die ihm das praktische Leben schafft.

Nach diesen Grundsätzen handelte ich auch in unserem Falle. Ich liess den Patienten absolut nicht merken, dass mich sein Stottern irgend wie tangierte. Ich sprach ihm wieder Sätze mit gedehnten Vokalen vor und wir kamen nach wenigen Sätzen wieder zur normalen Sprache. Der Knabe wurde wieder ruhiger und beantwortete mir wieder die vorgelegten Fragen ohne zu stottern. Ich lobte ihn über die Maasen. Wir begannen wieder zu lesen, wobei ich anfangs mitlas. Als das Selbstvertrauen des Knaben wieder gewachsen war, las er bald alle Sätze ohne anzustossen, auch in Gegenwart seiner Mutter. So war in einer Konsultation der Rückfall gebessert.

Die Sprache blieb dann in den nächsten Tagen ganz fliessend, nur vorübergehend trat wieder eine leichte Verschlechterung ein. Der Hausarzt, der sich sehr für den Knaben interessierte, hatte nämlich unvermutet eine „Prüfung“ des Knaben vorgenommen. Solche „Prüfungen“ sind immer von Übel und haben schon manchen Rückfall veranlasst, der dann natürlich dem Therapeuten

in die Schuhe geschoben wird. Man bedenkt nicht, dass doch die Therapie des Stotterns im Wesentlichen psychischer Natur ist, und dass man während und kurz nach der Behandlung noch von dem Patienten ungünstige psychische Momente fernhalten muss. Ich habe nun gar nichts dagegen, dass ein Stotterer auch während der Zeit der Behandlung von fremden Personen ins Gespräch gezogen wird; ich halte das sogar für sehr wünschenswert. Das soll aber so geschehen, wie man auch mit anderen Kindern spricht, nicht in der ausgesprochenen Absicht einer „Prüfung". Das Schlimmste ist jedoch, wenn der gestrenge Herr Examinator, nachdem er durch seine unvermutete „Prüfung" den Knaben zum Stottern gebracht, in seiner Gegenwart sofort konstatiert, dass das Übel keineswegs gehoben sei. Das mühsam erworbene Selbstvertrauen erleidet durch diese Behauptung von autoritativer Seite eine recht erhebliche Erschütterung. Dabei ist es gar nicht schwer, eine „Prüfung" so vorzunehmen, dass der Patient ganz glatt spricht und mit gehobenem Selbstvertrauen daraus hervorgeht. Man braucht nur die Unterhaltung als eine zufällige hinzustellen ohne jede Absicht der „Prüfung" und durch einige ermunternde Worte dem Knaben Ruhe und Selbstvertrauen zu geben. Man sagt z. B.: „Guten Tag mein Junge. Ich habe mich recht gefreut, zu hören, dass du jetzt so schön sprichst. Und wie dreist du jetzt bist. Courage hast du jetzt. Das sieht man dir schon von Weitem an. Was macht denn dein Bruder? Grüsse ihn doch von mir. In welcher Klasse ist er jetzt? Du sprichst jetzt wirklich ganz fliessend. Man sollte gar nicht glauben, dass du mal gestottert hast. Habt ihr viele Schularbeiten auf? Was habt ihr zu morgen für Arbeiten? In der Schule sprichst du jedenfalls auch recht schön" etc.

Durch solche Prüfung könnte man sich überzeugen, dass der Knabe besser spricht und könnte ihm andrerseits noch nützen, indem man ihm zu der Überzeugung verhilft, dass er auch mit Fremden gut spreche.

In unserem Falle war die „Prüfung" leider in der herkömmlichen Weise geschehen. Der Herr Kollege hatte dem Knaben ausdrücklich gesagt, dass er seine Sprache „prüfen" wollte und ihm Fragen über sein Nationale vorgelegt, deren Beantwortung dem langjährigen Hausarzte an sich offenbar ganz gleichgültig sein musste und dem Knaben nur Gelegenheit zum Sprechen geben sollte. Auf diese Weise wurde in dem Knaben das Gefühl

hervorgerufen, sich in einer aussergewöhnlichen Situation zu befinden, die an seine Sprache andere Anforderungen stellte als sonst. Der schüchterne Patient geriet in eine gewisse Erregung und brachte die Worte stotternd heraus. Natürlich teilte der Herr Kollege dem Patienten nunmehr mit, dass er ja noch stottere und ermahnte ihn, sich rechte Mühe zu geben, damit er bald ohne zu stottern spreche. Durch diese Prüfung war das Selbstvertrauen des kleinen Patienten ziemlich erschüttert und eine gewisse Sprachangst bemächtigte sich wieder seiner, die aber nach einigen Tagen ganz verschwand.

Es blieb nur noch übrig, die Sprache des Knaben auch an komplizierteren Exempeln zu üben, die er schwer begriff, sodass er dabei leicht in ängstliche Erregung geriet und etwas stotterte. Ich liess dem Knaben daher Nachhilfestunden im Rechnen geben und verabredete mit dem Lehrer, dass er ihn recht gütig behandeln und seine Sprache möglich oft loben sollte. Mit den besseren Leistungen im Rechnen verschwand auch das Stottern in dieser Disziplin.

Als der Knabe nach 5 Wochen entlassen wurde, sprach er zu Hause, in der Schule und auch Fremden gegenüber vollkommen fliessend. In der Folgezeit traten mitunter leichte Rückfälle ein, bei denen der Patient etwas stotternd sprach, aber doch immer mit der Sprache herauskam. Die Ursachen dieser Rückfälle waren fast immer in körperlichen Indispositionen zu suchen, mitunter auch in kleinen Schulkalamitäten. Nach einigen Tagen stellte sich von selbst wieder eine ganz normale Sprache ein, da auf Betreiben des Vaters die von mir empfohlenen Massregeln (kein Tadel, sondern ruhiges, aufmunterndes Verhalten) streng durchgeführt wurden.

IV. Der 5-jährige Knabe stottert seit ca. $1\frac{1}{2}$ Jahren. Die Störung entstand allmählich, anscheinend ohne Ursache. Ein dem Patienten unbekannter Vetter des Vaters stottert. Sonst keine belastenden Momente. Seit längerer Zeit „übte" die Mutter mit dem Knaben, indem sie ihn die Sätze und Worte, die er schlecht sprach, mehrmals wiederholen liess. Eine Besserung trat durch diese „Übungen" nicht ein. Im Gegenteil wurde die Sprache immer schlechter. Doch konnte sich der Patient stets äussern, nur dass die Sprache immerfort stockte.

Der Knabe ist für sein Alter gut entwickelt, ziemlich kräftig. Er macht einen recht intelligenten Eindruck, ist sehr lebhaft, fragt

viel, möchte alles wissen, will über alles sprechen. Von einer Sprechangst oder einer Furcht vor bestimmten Lauten ist nichts zu bemerken. Sobald man ihn etwas fragt, antwortet er recht dreist, in lebhaftem Tempo. Dabei stottert er meist am Anfange des Satzes und dann bei Worten oder Phrasen, die er bei dem hitzigen Tempo sich noch nicht recht überlegen konnte. Der kleine Patient ist ziemlich vorlaut. Sein übersprudelndes Temperament treibt ihn, über vieles zu sprechen, wovon er nichts, oder doch nur wenig versteht. Auch die Auswahl des richtigen Ausdrucks macht ihm naturgemäss noch grosse Schwierigkeiten, die er bei der abnormen Schnelligkeit seines Sprechens nur unvollkommen lösen kann. Auf diese Weise entsteht eine Disharmonie zwischen formaler und mechanischer Sprache. Um mit solcher Schnelligkeit über alle möglichen Dinge zu sprechen, dazu gehört eine Summe von Kenntnissen, eine Versatilität des Denkens und eine Geschicklichkeit der Diktion, wie sie dem Alter des kleinen Patienten gar nicht entsprechen. In dem Moment, wo der Knabe einen Gedanken aussprechen will, hat er diesen oft noch gar nicht zu Ende gedacht, oder doch noch nicht den adäquaten Ausdruck gefunden, sodass es zu fortwährenden Zweifeln und Korrekturen kommt. Auf diese Weise entstehen ungleichmässige Sprachimpulse, die zu inkoordinierten Sprachbewegungen und schliesslich zum Stottern führen.

Spricht man dem Knaben Worte oder kleine Sätze vor, so wiederholt er die fliessend ohne zu stottern. Bei etwas grösseren Sätzen (z. B.: „Am letzten Sonntag Nachmittag ging ich mit meinen Eltern und mit meiner Schwester im Tiergarten spazieren"), sowie bei der Beantwortung von Fragen stottert der Knabe bereits. Offenbar hat er dabei schon formale Schwierigkeiten, die bei der Hast des Tempos die Sprachbewegungen störend beeinflussen.

Erfreulich ist bei unserem kleinen Patienten, dass er noch keine Sprechangst und keine Furcht vor bestimmten Lauten hat, trotzdem seine Mutter mit ihm schon „geübt" hat. Solche unsachgemässen „Übungen" können sonst schon bei ganz jungen Kindern zu schweren psychischen Erscheinungen führen, die durch die Angst die Koordination der Sprachbewegungen ausserordentlich stören und durch willkürliche Übertreibung des konsonantischen Widerstandes das ursprüngliche geringe Übel masslos steigern.

Die erste Aufgabe der Therapie musste es also sein, das Hinzutreten von psychischen Erscheinungen nach Möglichkeit zu

vermeiden. Die Mutter musste ihre „Übungen“ einstellen. Die Eltern sollten den Knaben nicht schelten und nicht ermahnen, nur wohlwollend ermuntern. Es sollte streng darauf geachtet werden, dass nicht etwa die Geschwister oder Spielkameraden den Knaben wegen des Stotterns verhöhnen.

Um den kleinen Patienten vom Stottern zu befreien, war es nötig, das Tempo seiner Rede herabzusetzen, ihn im Denken und in der Diktion etwas mehr zu schulen und endlich ihm sein vorlautes, allzugesprächiges Wesen abzugewöhnen.

Wenn man ein Kind an langsames Sprechen gewöhnen will, so muss man ihm vor allen Dingen mit gutem Beispiel vorangehen. Es nützt nichts, wie es häufig von Seiten der Eltern geschieht, das Kind immerfort zu einem langsameren Tempo zu ermahnen und selbst mit fliegender Hast zu sprechen. Die Kinder nehmen unwillkürlich das Sprachtempo ihrer Umgebung an. Wenn man stets schnell mit ihnen spricht, machen sie es ebenso. Damit sie langsamer sprechen, muss man es ihnen selbst vormachen. Ich wies daher die Umgebung an, mit dem Knaben möglichst langsam zu sprechen.

Ferner sollte die Umgebung darauf achten, dass der Knabe nicht immerfort das Wort habe und Gelegenheit fände, seine unreifen Ansichten an den Mann zu bringen. Man sollte ihn anleiten, weniger zu sprechen und dafür mehr zu überlegen. Am besten konnte das geschehen, wenn man dem Knaben unvermerkt das Wort entzog, mit schlichten, klaren Worten irgend eine kleine Geschichte erzählte oder ihm dies und das erklärte, was ihn gerade interessieren mochte.

Ich selbst begann die Sprechübungen damit, dass ich den Knaben sofort Sätze in gewöhnlicher Sprache nachsprechen liess. Das Dehnen der Vokale war bei ihm ganz unnütz, da er ja schon bei der Untersuchung Sätze fliessend nachsprach. Zuerst sprach ich in sehr langsamen Tempo vor, bald in dem üblichen Sprachtempo. Schon in der ersten Konsultation ging ich zur Beantwortung einfacher Fragen über, die ich an grosse Bilder mit zusammenhängenden Darstellungen knüpfte. Zunächst waren die Fragen so eingerichtet, dass die Antwort nur kurz war und in gedanklicher und formaler Hinsicht wenig Anforderungen stellte. Da der Knabe immer meine langsame Sprache zwischen den einzelnen Antworten hörte und letztere auch nicht schwierig waren, so stotterte er nicht. Allmählich gab ich etwas schwierigere

Fragen und liess dem redseligen Knaben beim Sprechen etwas mehr Spielraum, indem ich immer selbst das Wort ergriff, sobald er in ein schnelleres Tempo geriet oder von Dingen sprechen wollte, die ihm offenbar garnicht klar waren. Ich erklärte ihm viele Bilder mit einfachen kurzen präzisen Sätzen und gab ihm so eine gewisse logische Schulung. Da der junge Knabe selbst kleinere Erzählungen nicht im Zusammenhange wiedergeben konnte, sondern dabei lauter Konfusionen machte, so erzählte ich ihm Geschichten nach Serienbildern. Der Inhalt jedes Bildes wurde mit wenigen knappen Sätzen vorgesprochen, die der Knabe wiederholte. Schliesslich musste er dann versuchen die ganze Geschichte im Zusammenhang wiederzugeben. Dies lernte der Knabe auch bald in tadelloser Sprache. Ich konnte den Knaben schon nach wenigen Stunden meinen Kursisten vorführen und trotzdem ich ihm absichtlich grossen Spielraum liess, stotterte er nicht. Ich vergass aber nicht, den Herren zu sagen, dass der Knabe keineswegs geheilt sei, sondern stellte ihn gerade als ein Beispiel dafür vor, dass ein Patient im Konsultationszimmer auch vor Fremden absolut fliessend spreche und draussen im wirklichen Leben — genau so stottere wie früher. Diese eigentümliche Erscheinung hat mehrere Gründe. Erstens geschehen bei den Übungen die Äusserungen des Knaben *sine ira et studio*, es fehlt ihnen der Stachel des Affekts und des Begehrens, das Ingredienz der persönlichen Beziehung. Draussen hingegen tritt dem temperamentvollen Knaben die Wirklichkeit entgegen, entzündet sein Interesse, erregt seinen Willen, drängt ihn in Konflikte; die mühsam anerzogene Disziplin wird gesprengt; wie ein Schlachtross, das die Drommete schmettern hört, stürzt die Rede des Knaben zügellos dahin. Es kommt aber noch eins hinzu. Ein temperamentvoller Sohn pflegt auch eine temperamentvolle Mutter zu haben. So wars auch hier. Die lebhafte Mutter, die den ganzen Tag um den Jungen war, sprach auch sehr schnell und, obwohl sie auf meinen Rat das Tempo zu mässigen suchte, geriet sie doch immer wieder in das alte Fahrwasser. Böse Beispiele aber verderben gute Sitten.

Ich liess daher die Mutter den Übungen öfter beiwohnen und versuchte durch möglichst aktuelle Themata den Übungen das Theoretisch-Schulmässige zu nehmen und ihnen etwas vom Geist der Wirklichkeit einzuhauchen. Ich erkundigte mich bei dem Knaben nach seinem Geburtstage, seinen Spielsachen, nach

seinen Geschwistern und Spielkameraden, nach seinen Spaziergängen u. s w., kurz ich verleitete ihn zu Äusserungen über Dinge, die ein ganz besonders aktuelles Interesse für ihn hatten und ihn mehr erregten, als die Erklärung von Bildern und die Erzählung von Geschichten. Wenn der Knabe dabei stotterte, so tadelte ich ihn nicht und machte ihn auch gar nicht darauf aufmerksam, um die Entstehung jeglicher Sprechangst oder Lautfurcht zu verhindern. Ich unterbrach ihn nur bald bei passender Gelegenheit und, indem ich ihm mit meiner klaren, ruhigen, fliessenden Rede ein Beispiel gab, leitete ich ihn ganz unvermerkt an, ebenso zu sprechen. In der Tat sprach der kleine Patient nach einem Monat ganz fliessend. Sein Sprachtempo war langsamer, seine Rede geordneter und gemässigter. Er stotterte nur selten einmal, eigentlich nur, wenn er mit seinen Geschwistern in Konflikt geriet und ihnen einige Schimpfworte an den Kopf werfen wollte. Die fliessende Sprache blieb auch bestehen. Es wurde allerdings zu Hause auch streng darauf geachtet, dass man zu dem Knaben nicht zu hastig sprach und dass man sein erregtes gesprächiges Wesen etwas zu dämpfen suchte.

Dem Verlangen der Eltern, den Knaben bisweilen noch zur Kontrolle zu mir zu schicken, entsprach ich nicht. Ich weiss, dass von manchen Autoren z. B. von Gutzmann solche „Kontrolle“ empfohlen wird, ich halte sie aber im allgemeinen nicht für zweckmässig. Der Einfluss auf die Sprache des Patienten kann bei den seltenen Kontrollbesuchen doch nur ein minimaler sein. Andererseits aber verliert der Patient und noch mehr die Umgebung das Gefühl der Verantwortlichkeit, die erreichte fliessende Sprache nach den Angaben des Artztes weiter zu pflegen. Bei Kindern verlässt sich die Umgebung gern auf die „Kontrolle“ des Arztes und beachtet alle die Vorschriften in Bezug auf die psychische Behandlung der Kinder nicht. Ich halte es daher im allgemeinen für richtiger, dass der Patient nach Schluss der Behandlung auf sich selbst gestellt ist und dass die Angehörigen genau wissen, wieviel nun von ihrem eigenen richtigen Verhalten abhängt.

V. Das 4-jährige Mädchen stottert seit einigen Monaten. Der Vater stottert noch stark. Auch der 2 Jahre ältere Bruder war ein kolossaler Stotterer und Polterer[1]), d. h. er stockte nicht nur häufig in der Rede (Stottern), sondern er sprach, sobald die

[1]) Vgl. Liebmann: Vorlesungen über Sprachstörungen. Heft 4: Poltern. Berlin 1900. Oskar Coblentz.

Rede flott wurde, mit kolossaler Hast, sodass Laute, Silben und Worte ausgelassen, umgestellt oder verstümmelt wurden (Poltern); dabei war der Knabe in der Intelligenz zurückgeblieben, sodass er selbst beim Nachsprechen ganz kleiner einfacher Sätze heillose Konfusionen machte und häufig das albernste Kauderwelsch produzierte. Der Knabe war längere Zeit in meiner Behandlung. Als er endlich geheilt war, nahm ich die jüngere Schwester, unsere Patientin, in Behandlung. Das Mädchen stotterte bei denselben Lauten wie der Bruder, nämlich bei Vokalanfängen, sowie bei den Lauten p, d und k. Sie brauchte mehrere Minuten, um diese Laute herauszubringen. Sie machte ganz dieselben schnappenden Mundbewegungen und nickte ebenso mit dem Kopfe wie der Bruder. Im übrigen unterschied sich das Mädchen von dem Bruder recht wesentlich. Sie war kräftiger, gesunder und intelligenter.

Dass das Stottern infektiös ist, ist schon lange bekannt; in unserem Falle kommt noch das erbliche Moment hinzu. Interessant ist bei unserer kleinen Patientin, dass sie genau bei denselben Lauten stottert wie der Bruder. In meiner Poliklinik habe ich früher häufig die Beobachtung gemacht, dass Stotterer, die gemeinsam behandelt werden, die „schwierigen" Laute von einander übernehmen. Ich halte deshalb eine gemeinsame Behandlung von Stotterern, wie sie von manchen Autoren empfohlen wird, nicht für richtig.

Der Fall zeigt ferner, das auch ganz junge Kinder schon eine Lautfurcht haben können, trotzdem ihnen die Laute durch den Leseunterricht noch nicht bekannt geworden. Gewöhnlich wird die Furcht vor bestimmten Lauten den Kindern durch unsachgemässe „Übungen" von Seiten der Eltern beigebracht. In unserem Falle entstand sie durch Infektion. Indem das hereditär belastete Mädchen sah, welche Schwierigkeiten der ältere Bruder beim Aussprechen bestimmter Laute hatte, empfand sie bald durch Suggestion dieselben Schwierigkeiten.

Ich liess das Kind mit gedehnten Vokalen sprechen und es konnte mir alle Sätze auf diese Weise fliessend wiederholen, ohne bei den „schwierigen" Lauten anzustossen. Wir konnten schon nach zwei Stunden die Übungen in einer ganz normalen Sprache vornehmen. Ich sprach dem Kinde kleine Sätze vor und liess sie nachsprechen. Dann stellte ich auch Fragen, die das Kind beantworten musste. Das Kind sprach nun bei mir etwa eine Woche lang ganz fliessend, zu Hause allerdings weniger gut,

besonders weil es fortwährend in Differenzen mit dem Bruder geriet, die zu heftigen Wortkämpfen führten. Dann aber begann das Kind eines Tages bei mir wieder sehr heftig zu stottern. Da eine körperliche Indisposition, die ja eine Verschlechterung der Sprache hervorrufen kann, nicht vorlag, so vermutete ich irgend einen schweren psychischen Insult. Es stellte sich dann auch heraus, dass das Mädchen am Tage vorher mit dem Bruder einen heftigen Disput gehabt und in der zornigen Erregung stark gestottert hatte. Der Bruder, der früher selbst viel unter dem Spotte seiner Kameraden gelitten, sprach der Schwester höhnend die gestotterten Worte nach und verfolgte sie damit, auch wenn sie gar nicht stotterte. Die Kleine nahm sich das sehr zu Herzen. Am nächsten Tage traute sie sich manche Worte überhaupt nicht nachzusprechen. Sie schüttelte den Kopf, weinte und sprach: „Das Wort kann ich nicht."

Dieser geschwisterliche Hohn, der den Eltern oft verborgen bleibt, ist häufig die Ursache, weshalb ein scheinbar leichter Fall von Stottern sich immer wieder verschlechtert. Der nervöse Stotterer kommt mit seinen Geschwistern sehr leicht in Konflikt und gerät dabei in solchen Affekt, dass er anfängt zu stottern, während er sonst schon ganz glatt spricht. Benutzen aber die Geschwister diese Schwäche des Gegners und beginnen ihn wegen des Stotterns zu verhöhnen und seine stotternden Worte nachzuahmen, so entsteht in dem armen Stotterer von Neuem die Angst, nicht fliessend sprechen zu können, eventuell auch die Furcht vor den Lauten, bei denen er in dem tragischen Momente stotterte. Dieser psychische Insult bewirkt dann, dass das Kind nun auch wieder in solchen Situationen stottert, wo es vorher schon völlig fliessend sprach.

Die Eltern mussten natürlich dem Bruder ganz entschieden verbieten, die Schwester beim Sprechen irgendwie zu irritieren. Um ganz sicher zu gehen, nahm ich den Bruder selbst noch ins Gebet und führte ihm zu Gemüte, dass er selbst doch am besten wisse, wie weh es thäte, wegen des Stotterns verspottet zu werden. Er versprach dann auch das Kind in Frieden zu lassen und hat meines Wissens auch sein Versprechen gehalten.

Was nun die weitere Behandlung betrifft, so kam es vor allem darauf an, den Rückfall nicht etwa tragisch zu nehmen und das Kind so noch mehr zu verängstigen. Die Mutter (der selbst stotternde und jeder Therapie abholde Vater kam hier nicht in

Betracht) hatte von mir schon bei Beginn der Behandlung die strikte Weisung bekommen, niemals das Kind auf etwaiges Stottern aufmerksam zu machen. Sie hatte den Rückfall wohl bemerkt, aber dem Kinde nichts davon gesagt. Ich selbst suchte mit keiner Miene zu verraten, dass ich sehr unangenehm überrascht war. Wie von ungefähr begann ich wieder mit gedehnten Vokalen vorzusprechen und, als das fliessend ging, kamen wir unvermerkt wieder zur normalen Sprache. Häufiges Lob, das noch durch einige Süssigkeiten aus dem stets bereit gehaltenen Kästchen erhöht wurde, machte die Patientin wieder zuversichtlicher und die Sprache fliessender. Auch wenn sie einmal wieder anstiess, so that ich, als ob ich nichts gemerkt hätte, sondern zeigte mich sehr zufrieden. Nach einigen Tagen war die frühere fliessende Sprache wieder hergestellt.

Leider wurde die Behandlung nun unterbrochen, da das Kind an Scharlach erkrankte. Als ich das Mädchen nach einigen Monaten wiedersah, stotterte sie wieder so heftig wie zuvor und hatte wieder Furcht vor bestimmten Lauten; doch waren es diesmal andere als früher, nämlich das h, b, w und l.

Infektionskrankheiten, besonders Scharlach, spielen ja in der Ätiologie des Stotterns schon eine grosse Rolle. Treten sie während der Behandlung auf, so veranlassen sie meist, wie überhaupt jede stärkere körperliche Indisposition, einen mehr oder minder leichten Rückfall. Übrigens habe ich auch Fälle beobachtet, bei denen die Krankheit erst gegen Ende der Behandlung eintrat und an dem günstigen Resultat nichts mehr änderte.

Charakteristisch ist, dass das Mädchen bei dem Rückfalle andere „schwierige Laute“ hatte, bei denen sie anstiess. Es ist das natürlich ein Zeichen dafür, dass die „Schwierigkeiten“ nur eingebildet sind. In irgend einer besonderen Situation hat das Kind bei einem bestimmten Laute angestossen und hat sich den dann selbst gemerkt oder ist von anderer Seite darauf aufmerksam gemacht worden. Das Kind bekommt Furcht vor dem Laute. Wenn der Laut herankommt, sucht das Kind das betreffende Wort auszuschalten. Geht das nicht, so bekommt das Kind Angst; dadurch entsteht eine Störung der Koordination, die noch durch willkürliche übertriebene Artikulationsbewegungen vermehrt wird, mit denen das Kind die „Schwierigkeit“ überwinden will.

Da die „Schwierigkeit“ dieser Laute nur psychischer Natur ist, so halte ich es für richtiger und einfacher, sie durch

psychischen Einfluss zu beseitigen, als die Laute „bewusst-physiologisch einzuüben" (GUTZMANN). Diese „einzige rationelle Heilmethode des Stotterns" (GUTZMANN) bedeutet für Erwachsene und ältere Kinder nur einen Umweg, für so jugendliche Kinder wie unsere Patientin ist sie überhaupt nicht anzuwenden, da man diesen unmöglich „die für das Sprechen nötigen Bewegungen bewusst physiologisch einüben" kann.

Ich schlug also wieder genau dasselbe Verfahren ein wie beim ersten Male und es gelang mir auch, nach einigen wenigen Stunden die Sprache wenigstens bei mir im Konsultationszimmer fliessend zu machen und zwar auch in Gegenwart der Mutter und fremder Personen. Auch die neuen „schwierigen" Laute waren bei der angegebenen Behandlung bald ganz vergessen.

Ich möchte nicht unterlassen, zu bemerken, dass bei Rückfällen die Therapie im Allgemeinen viel mehr Schwierigkeiten macht, als bei unserer kleinen Patientin. Der Grund ist natürlich psychischer Natur. Der Patient ist deprimiert, dass die erste Behandlung nicht definitiv geholfen hat, und hegt das Misstrauen, dass es das zweite Mal ebenso gehen wird. Die psychische Wirkung der Behandlung wird dadurch erschwert, der Patient ist gar nicht oder doch nur wenig von seiner Sprachangst und seiner Lautfurcht loszumachen. Bei ganz jungen Kindern genügt als psychische Wirkung schon, dass sie eben zum Arzt gehen, der ja die Sache schon verstehen wird. Ältere Kinder hingegen, die sich schon allerlei Gedanken und Sorgen machen, sind skeptischer. Hier erreicht derselbe Therapeut häufig zum zweiten Male wenig oder nichts. In solchen Fällen ist es besser, wenn der Patient bei einem Rückfall lieber einen anderen Therapeuten aufsucht, der durch die Neuheit seiner Methode und seines persönlichen Eindrucks mehr Aussicht auf Heilung bietet. Das Publikum, das natürlich den Rückfall auf den ersten Therapeuten schiebt, pflegt übrigens meist instinktiv zu diesem nicht mehr zurückzukehren.

Draussen besserte sich aus oben angeführten Gründen die Sprache unserer kleinen Patientin erst allmählich und es dauerte etwa 14 Tage, bevor mir die Mutter mitteilen konnte, dass das Kind auch draussen fliessend sprach.

Dann ereignete sich noch ein kleiner Zwischenfall. Der Vater, der den Tag über in seinem Bureau war und die Kleine wenig sah, auch sich absichtlich von ihr zurückhielt, hatte eines

Tages mit den Kindern einen Ausflug unternommen, auf dem er sehr stotterte.

Anf die kleine Patientin machte das einen kolossalen Eindruck. Sie musste wohl früher das Stottern des Vaters nicht bemerkt haben, wahrscheinlich weil dieser, wie das viele erwachsene Stotterer thun, durch Vermeidung der „schwierigen" Laute das Stottern larvierte. Jedenfalls näherte sich die Kleine abends der Mutter in geheimnisvoller Weise und sagte: „Mama, der Papa stottert ja auch." Die Mutter suchte ihr das zwar auszureden, aber das Kind blieb fest dabei und — fing selbst wieder an zu stottern. Offenbar hatte sie die Idee, wenn schon der Vater stottere, vor dem sie doch solchen Respekt hatte, so würde sie selbst auch kaum anders können. Es entstand also wieder in dem Kinde eine neue Sprechangst, die auf die Koordination der Sprachbewegungen übel einwirkte. Obwohl es mir mühelos gelang, der kleinen Patientin wieder zu einer fliessenden Sprache zu verhelfen, so entliess ich sie doch mit der Befürchtung eines Rückfalles. Der Umgang mit einem hochgradigen Stotterer ist für ein stotterndes Individuum immer vom Übel und beeinflusst auch meist die Therapie in recht ungünstiger Weise, besonders aber bei Kindern, wenn sie irgend eine Respektsperson, seien es nun Eltern, Erzieher, Lehrer oder ältere Verwandte, stottern hören. Ich halte deshalb auch im Allgemeinen eine Anstalts-Behandlung oder eine gemeinsame Behandlung von Stotterern für nicht empfehlenswert, weil sie den Stotterer mit Leidensgenossen zusammenbringt, denen er besser fernbleiben sollte. Eine Behandlung der Kinder gar durch stotternde Personen ist vom grössten Übel. Merkwürdiger Weise kommt das nicht selten vor. Es handelt sich da entweder um Therapeuten von Profession, die früher hochgradig gestottert und sich durch ihre „Methode" das Übel bis zu einem gewissen Grade abgewöhnt haben, aber sofort zu stottern anfangen, wenn sie in Affekt geraten. Oder es kommt auch vor, dass stotternde Erwachsene nach dem Grundsatze *„docendo discimus"* sich stotternder Kinder annehmen und mit ihnen „Übungen" unternehmen. Natürlich ist diese Art von Therapie meist resultatlos, da der stotternde Therapeut in der Brust des Patienten arge Zweifel an dem Erfolge weckt, die dann die notwendige psychische Wirkung der Therapie verhindern. Bei unserer Patientin musste der stotterede Vater eine ähnliche ungünstige Wirkung ausüben. Da er sich aber

durchaus zu keiner Therapie verstehen wollte (er war übrigens noch niemals behandelt worden), so konnte diese psychische Schädlichkeit nur durch eine längere Trennung aus dem Wege geräumt werden, der sich aber auch unüberwindliche Hindernisse in den Weg stellten.

VI. Der 14-jährige Realschüler stottert erst seit 2 Jahren. Keine erbliche Belastung. Der Knabe hatte einen stotternden Schulkameraden, den er mit grosser Geschicklichkeit kopierte. Er trieb das so lange, bis er die Entdeckung machte, dass er bisweilen stottern musste ohne es zu wollen. Der Patient stotterte zu Hause oder im Gespräch mit seinen Kameraden niemals. In der Schule aber trat das Übel bald so stark auf, dass er oft gar kein Wort herausbekam. Besonders war das beim englischen Unterricht der Fall, wo den Knaben die Schwierigkeit der Aussprache und die Furcht vor dem Lehrer in grossen Schrecken versetzte. Der nichts ahnende Vater war sehr erstaunt, als ihm eines Tages von der Schule die Mitteilung kam, dass der Sohn hochgradig stottere und gegen das Übel entschieden etwas geschehen müsse.

Der Patient ist ein kräftiger, frischer, fröhlicher, gesunder Bursche, dem man an seinem Benehmen im Gegensatz zu seinen Leidensgefährten nichts von seinem Übel anmerkt. Er beantwortet bei der Untersuchung die Fragen nach seinem Nationale, seinen Schulverhältnissen, seinen Geschwistern absolut glatt, ohne auch nur einmal anzustossen. Meine Frage, ob er bei diesen Antworten etwa „schwierige“ Laute oder Worte vermieden habe, verneint der Patient absolut. Beim Lesen eines deutschen Stückes fängt der Patient schon an zu hapern. Antworten auf geschichtliche und geometrische Fragen werden stotternd herausgebracht, ebenso Übersetzungen aus dem Deutschen ins Französische. Am schlimmsten tritt das Stottern im Englischen auf, sei es, dass gelesen oder frei gesprochen wird. Hier dauert es manchmal minutenlang bevor ein Wort herauskommt; mitunter muss der Patient überhaupt darauf verzichten, das Wort auszusprechen.

Der Patient ist in der Schule kein Lumen, aber auch kein schlechter Schüler. Von Seiten der Lehrer ist ihm wegen seines Stotterns nichts geschehen; auch die Furcht vor dem englischen Lehrer ist nach meinen Informationen ganz unbegründet.

An dem Falle ist zunächst die Ätiologie interessant, die übrigens nicht selten ist. Der Patient hat anfangs nur zum Scherz

gestottert, teils um seinen stotternden Mitschüler zu verhöhnen, teils um seine Kameraden durch diese komische Sprache zu belustigen. Als er die Kunst eine Zeitlang geübt hatte, bekam er in der Schule englischen Unterricht. Die Schwierigkeit der englischen Aussprache und die Furcht vor dem Lehrer störten, wie auch sonst wohl, etwas die Koordination der Sprachbewegungen; da aber der Knabe schon häufig absichtlich gestottert hatte, ging durch diese Gewohnheit die Koordinationsstörung über das gewöhnliche Mass hinaus und es kam direkt zum Stottern. Dies Stottern war anfangs nur gering, aber es ängstigte den Knaben doch so sehr, weil es ihn in der auch so schon recht unangenehmen Situation der englischen Stunde noch des freien Gebrauchs der Sprache zu berauben drohte. Jetzt packte den Knaben die Angst, ob es ihm vielleicht so gehen würde wie dem unglücklichen Kameraden, der trotz aller Mühe dem Lehrer nicht antworten konnte. Mit grösstem Bangen sah er dem Augenblick entgegen, wo der englische Lehrer ihn etwas fragen würde. Das ganze ungünstige Milieu der englischen Stunde, die Angst vor dem Stottern und die früher oft geübte Gewohnheit machten das Stottern immer häufiger und stärker, sodass es schliesslich auch in die übrigen Unterrichtsstunden ausstrahlte, doch stotterte der Knabe in keiner Stunde so stark wie in der englischen und zu Hause blieb die Sprache absolut normal.

Der Fall ist deswegen besonders interessant, weil wir bei demselben Individuum unter verschiedenen Situationen und Anforderungen die ganze Skala vom stärksten Stottern bis zur völlig freien Rede verfolgen können. Zu Hause sprach der Patient ganz fliessend, weil er sich hier psychisch frei fühlte und hier auch keine besondere Aussprache oder besondere inhaltliche Schwierigkeiten die Koordination der Sprachbewegungen störten. In den deutschen und französischen Unterrichtsstunden trat schon etwas Stottern hervor, weil die Schwierigkeit der Antworten und eine gewisse schülermässige Erregung die Sprache ungünstig beeinflussten. In der englischen Stunde trat zu diesen psychischen Momenten noch die schwere Aussprache und die Scheu vor dem Lehrer; deshalb war hier das Stottern am stärksten und steigerte sich bis zur vorübergehenden Sprachlosigkeit.

Die Scheu vor dem Lehrer hatte in diesem Falle thatsächlich keine reale Basis, da der Herr keineswegs besonders streng und auch gegen den Patienten immer freundlich und nachsichtig war.

Es handelt sich hier um eine ganz unbegründete intensive Antipathie von Seiten des Patienten, wie man sie bei Stotterern so häufig findet. Ein Stotterer ist eben eine eigentümlich organisierte Natur; manche Personen, gegen die andere Menschen nichts besonderes empfinden, fallen ihm gewissermassen auf die Nerven; in ihrer Gegenwart fühlt der Stotterer ein psychisches Unbehagen, das auf seine Sprache ungünstig einwirkt. Ich habe oft von Stotterern, die am dritten Orte vorübergehend mit einem ganz unbekannten gleichgültigen Menschen zusammenkamen, die Äusserung gehört: „Als ich diesen Menschen sah, empfand ich eine solche Abneigung gegen ihn, dass ich bestimmt fühlte, ich würde in seiner Gegenwart stottern müssen."

Was die Behandlung betrifft, so war es nicht nötig, den Patienten mit gedehnten Vokalen sprechen zu lassen. Denn er war im Stande, jeden Satz in normaler fliessender Sprache zu wiederholen. Ich sprach also dem Patienten zunächst eine Anzahl von Sätzen vor und liess ihn jeden nachsprechen. Der Patient gewöhnte sich so von selbst daran, meine ruhige nicht zu schnelle Sprache nachzuahmen, die sich vom Stottern durch die verhältnismässig schwachen Konsonanten unterschied. Ich stellte dem Knaben dann zunächst eine Reihe einfacher Fragen, die er mir ebenfalls glatt beantwortete. Ich lobte nunmehr die Sprache des Patienten in recht eindringlicher Weise und machte ihm klar, dass er offenbar ganz gut sprechen könne, er müsse sich aber nicht immerfort selbst beim Sprechen beunruhigen. Es schade gar nichts, wenn er einmal stottere; er solle nur den Mut haben, sich dadurch absolut nicht stören zu lassen; seine an sich ganz geläufige Sprache werde nur dadurch stotternd, dass er sie fortwährend vorm Stottern ängstlich bewahren wolle. Er solle doch sich ebenso beim Reden verhalten wie normalsprechende Menschen; die sprächen eben, wie ihnen der Schnabel gewachsen wäre und wenn sie einmal stotterten — und jeder Mensch stottert bei gewissen Gelegenheiten —, so liessen sie sich dadurch absolut nicht anfechten. Ausserdem sollte der Patient darauf achten, dass der peinliche Moment, bevor der Stotterer ein Wort herausbringe, ihm selbst viel länger erscheine als dem unbeteiligten Zuhörer: ferner dass der Stotterer beim Sprechen auch den zu starken konsonantischen Widerstand fühle und deshalb selbst einen ganz leichten Stotterparoxismus wahrnehme und ungünstig beurteile, während der Zuhörer leichtes Stottern kaum bemerke. Der Patient

solle daher seine Aufmerksamkeit nicht fortwährend auf das Sprechen richten, sondern sorglos und mutig darauf los sprechen und sich durch etwaiges Stottern nicht stören lassen.

Endlich sollte der Patient niemals willkürliche Anstrengungen beim Sprechen machen, um ein Wort herauszubringen, sondern er sollte ruhig zu warten, bis es allein herauskomme. Er wisse ja, dass er zu Hause mit seinen Angehörigen fliessend sprechen könne. So ruhig und gelassen sollte er auch vor seinen Lehrern sprechen, unbekümmert, ob er anstosse oder nicht. Nach dieser psychischen Vorbereitung gingen wir zunächst zum Beantworten geschichtlicher und mathematischer Fragen über. Als ich den Knaben zum ersten Male untersuchte, hatte er hierbei gestottert. Jetzt hingegen sprach er ganz glatt, offenbar, weil er sich psychisch freier fühlte und seine Sprache weniger beobachtete.

Wir gingen nun zum Lesen über. Erst wurde ein deutsches Stück herangenommen und fliessend gelesen. Beim Französischen las ich der Vorsicht halber zunächst mit. Der Patient las dann etwas stotternd und er merkte das auch. Ich gab ihm das aber nicht zu, sondern sagte ihm, dass jeder beim Lesen einer fremden Sprache hin und wieder einmal anstosse und dass er auch weiter nichts getan habe. Von eigentlichem Stottern könne keine Rede sein. So wurde der Patient allmählich sicherer und ich konnte zum Englischen übergehen. Hierbei stotterte der Knabe anfangs ziemlich stark, aber er bekam doch die Worte heraus. Ich tadelte ihn nicht etwa, sondern sagte ihm, es ginge eigentlich entschieden schon besser. Das nächste Mal würde er nun mehr Kourage haben. Und er las wirklich auch das Englische bald fliessend in meiner Gegenwart. Ich musste ihn nur noch daran gewöhnen, dass er das auch in der Schule vermochte. Ich führte ihn daher zunächst meinen Kursisten vor. Bevor ich die Herren hereinrief, liess ich den Knaben ein englisches Stück lesen. Das ging ganz fliessend. Ich lobte den Knaben sehr und sagte ihm, dass er nun Gelegenheit haben sollte, auch vor fremden Personen zu lesen. Er möchte das aber nicht als eine Prüfung auffassen. Er sollte auch nicht danach streben, das Stottern zu vermeiden, sondern nur bei eventuellem Stottern ruhig und gelassen zu bleiben. Ich rief nun die Herren herein, liess aber den Knaben nicht sofort sprechen, damit er erst Zeit hatte, sich zu beruhigen. Unterdessen sprach ich zu den Herren einige gleichgültige Worte. Nunmehr forderte ich den Knaben auf, das englische Stück zu lesen, das er

mir bereits vorher fliessend vorgelesen hatte. Als er anfing, achtete ich scheinbar gar nicht auf ihn, sondern sprach noch etwas zu den Herren, als ob ich das vorhin vergessen hätte. Durch diese ganze ungezwungene Art wurde der Knabe immer ruhiger und las in der Tat das Stück auch in Gegenwart der Herren ohne zu stottern.

Der Patient nahm nun seiner Rede gegenüber eine ganz andere Stellung ein. Er war nun ruhiger. Seine Aufmerksamkeit wurde vom Sprachgeschäft mehr und mehr abgelenkt. Er lernte sich seinem Sprechmechanismus anvertrauen und, wenn der mal weniger gut funktionierte, das mit Gelassenheit zu ertragen. Er wartete nicht mehr mit ängstlicher Spannung, ob und wann ein Wort herauskäme, sondern überliess das ganz gestrost seinem Sprechmechanismus.

Der Patient fing nun auch in der Schule an besser zu sprechen. Ich hatte die Lehrer, besonders den englischen Lehrer, bitten lassen, den Knaben öfters wegen seiner bessern Sprache zu loben. Das wirkte. Nachdem der Knabe erst einige Male in der Schule fliessender gesprochen hatte, blieb das Stottern allmählich ganz aus.

Der Knabe besuchte dann die Schule noch zwei Jahre und sprach immer gut. Er machte auch das Examen für den einjährigen Militärdienst, ohne irgend welche Schwierigkeiten bei der Sprache zu haben.

Als er aber dann bei einer grossen Aktiengesellschaft als kaufmännischer Lehrling eintrat, fing der Patient wieder an, etwas zu stottern. Merkwürdiger Weise trat das Sprachübel weder zu Hause hervor noch im Verkehr mit dem Personal oder dem Publikum des Geschäfts. Nur wenn der Patient zu dem Direktor ins Privatkomtoir musste, um eine Bestellung zu machen oder einen Brief vorzulesen, fing er an zu stottern und zwar meist so stark, dass er kein Wort herausbrachte. Der Patient trat daher wieder in meine Behandlung ein. Er hatte zu mir ein grosses Vertrauen und betrachtete mich als eine Art Freund. Ich sagte ihm, das sei ja nur eine Bagatelle. Von Stottern könne man eigentlich nicht reden, da er doch nicht nur zu Hause, sondern auch im Verkehr mit dem Personal und dem Publikum ganz geläufig spräche. Beim ihm handele es sich um eine Art Schüchternheit, die er schon bald überwinden werde. Der Patient musste mir eine Reihe von Bestellungen vortragen, wie er sie

gewöhnlich seinem Direktor vortrug. Er tat das ohne jeden Anstoss, da er ja im allgemeinen überhaupt ganz fliessend sprach und sich durch meine Gegenwart absolut nicht geniert fühlte. Auch das Vorlesen kaufmännischer Briefe gelang ihm ohne Stottern. Um das Selbstvertrauen des Patienten zu heben, rief ich dann fremde Personen hinein und liess den Patienten in Gegenwart dieser noch einmal alles Gesagte und Gelesene wiederholen und dann noch einige neue Bestellungen und Briefe vortragen. Auch in dieser etwas schwierigeren Situation stotterte der Patient nicht, weil meine Gegenwart ihm Mut einflösste und die Anwesenheit der unbekannten ihn wenig tangierte. Aus dieser „Probe" schöpfte der Patient einen gewissen Mut und gewann neues Vertrauen zu seiner Sprechfähigkeit. Ich bat ihn, wenn er wieder zum Direktor gerufen würde, vor allen Dingen daran zu denken, dass er ja die üblichen Bestellungen und Briefe bereits vor ganz fremden Personen tadellos vorgetragen habe und dass er sich beim Sprechen mit der grössten Ruhe soviel Zeit lassen sollte, bis die Worte von selbst herauskämen. Es schade ja gar nichts, wenn die Worte zunächst noch etwas gestottert würden; das würde sich schon allmählich wieder abschleifen, wie es ja früher auch gewesen wäre. Am nächsten Tage gelang es dann auch dem Patienten, vor dem Direktor die betreffenden Bestellungen, freilich etwas stotternd, hervorzubringen. Nachdem der Patient sich aber erst einmal überzeugt hatte, dass er überhaupt auch in Gegenwart des gefürchteten Vorgesetzten sprechen könne, gewann er sehr bald eine vollständige Beherrschung seiner Sprache. Als er mich dann ein halbes Jahr später besuchte, teilte er mir mit, dass er absolut keine Schwierigkeiten mehr beim Sprechen hätte, besonders auch nicht im Verkehr mit seinen Vorgesetzten.

VII. Der 12-jährige Knabe stottert seit seiner frühesten Kindheit. Sein Vater hat ebenfalls als Kind gestottert; doch hat sich das Übel allmählich von selbst verloren und er spricht seit vielen Jahren ganz fliessend. Der Patient litt an Masern, Scharlach und einige Male an „Husten" und „Halsentzündungen", sonst war er immer gesund. Die Sprache des Knaben verschlechterte sich im allgemeinen allmählich mehr und mehr. Anfangs traten noch Perioden auf, in denen er besser sprach. Seit einiger Zeit aber ist die Sprache stets stotternd. Am schlechtesten spricht der Patient in der Schule, wo er meist überhaupt kein Wort mehr herausbringt. Von den Lehrern wurde er im allgemeinen mit

grosser Rücksicht behandelt. Einer der Herren nahm sich sogar seiner sehr an und machte mit ihm „Atmungsübungen“ und liess ihn Silben und Worte sprechen, doch änderte sich dadurch an der Sprache nichts. Zu Hause war der Knabe sehr schweigsam. Er sprach meist nur, wenn er musste und dann immer möglichst kurz. Die Sprache war zu Hause immer stotternd. Von den Eltern wurde er wegen der Sprache oft ermahnt und gescholten; ja der Vater liess sich mitunter hinreissen, ihn wegen des Stotterns zu schlagen. Wenn der Patient fortgeschickt werden sollte, um Bestellungen zu machen, so suchte er sich dem nach Möglichkeit zu entziehen. Meist schrieb er sich alles auf und gab dann die Bestellung schriftlich ab oder er nahm seinen jüngeren Bruder mit, der dann für ihn sprechen musste. Der Vater beobachtete den Knaben oft unbemerkt, wenn er auf dem Hofe mit seinen Kameraden spielte, und sah zu seinem Erstaunen, dass der Sohn dann ganz fliessend sprach. Der Vater hielt ihm dann das vor und sagte ihm, er solle sich doch auch sonst mehr Mühe geben, dann würde er schon das Stottern lassen können.

Der 12-jährige Knabe ist für sein Alter etwas klein, mässig gut genährt, blass. Er macht einen traurigen ängstlichen Eindruck. Organe gesund.. Sobald der Knabe etwas sprechen soll, treten hörbare, starke Schluckbewegungen ein, die von nickenden Kopfbewegungen begleitet werden. Die Lippen sind dabei leicht geöffnet. Eigentliche Artikulationsbewegungen finden nicht statt. Es gelingt dem Patienten bei der Untersuchung nicht, auch nur **ein** Wort herauszubringen.

Der Fall hat eine grosse Ähnlichkeit mit einer seltenen Sprachstörung, die man als Aphthongie oder Reflexaphasie bezeichnet. Bei der Aphthongie wird die Sprache dadurch unmöglich gemacht, dass bei jedem Versuch zu sprechen krampfhafte Bewegungen im Zungengebiet auftreten. Während aber bei der Aphthongie diese krampfhaften Bewegungen unwillkürlicher spastischer Natur sein sollen, giebt unser Patient ausdrücklich an, dass er seine sprachhindernden Schluckbewegungen mit voller Absicht ausführt, in der Meinung auf diese Weise sprechen zu können; zu demselben Zwecke führt er auch die nickenden Kopfbewegungen aus. Diese scheinbar krampfhaften Schluckbewegungen sind also nicht etwa spastischer Natur, sondern es handelt sich um willkürliche akzessorische Bewegungen wie das

Arm- und Beinstossen oder Kopfnicken. Bewegungen, die ebenfalls vom Stotterer mit Absicht unternommen werden, um auf diese Weise die Sprache hervorzulocken. Die Schluckbewegungen unseres Patienten sind insofern für das Zustandekommen der Sprache noch ungünstiger, als sie während ihrer Dauer die Sprache überhaupt unmöglich machen. Denn man kann entweder nur schlucken oder nur sprechen. Schluckt jemand mehrmals hintereinander, so muss er solange schweigen. Das macht sich natürlich unser kleiner Patient nicht klar. Im Gegenteil ängstigt ihn die durch die willkürlichen Schluckbewegungen verursachte Sprachhinderung noch mehr und untergräbt das Vertrauen zu seiner Sprechfähigkeit ganz und gar, sodass er eigentliche Artikulationsbewegungen überhaupt nicht unternimmt.

Ich habe noch zwei ähnliche Fälle bei Erwachsenen beobachtet, die beide übereinstimmend angaben, dass sie die Schluckbewegungen absichtlich machten, um die Sprache zu blandieren.

Es liegt daher die Vermutung nahe, dass manche als „Aphthongie" beschriebene Fälle weiter nichts gewesen sind als Stottern mit willkürlichen akzessorischen Schluckbewegungen.

Wie ich schon oben bei Fall II ausführte, liegen bei allen Patienten mit akzessorischen Bewegungen an den Sprachorganen selbst hochgradige psychische Momente vor. In solchen Fällen kann man immer die schwersten psychischen Insulte voraussetzen. In unserem Falle ist es offenbar der temperamentvolle Vater gewesen, der in bester Absicht dem armen Jungen die Sprache mit dem Stocke kurieren wollte und sie dadurch immer mehr verschlechterte. Es ist ganz typisch, dass der kleine Bursche im Zimmer aus Furcht vor Scheltworten und Schlägen schweigt oder nur mit grossem Stottern sprechen kann, während er draussen auf dem Hofe mit seinen Spielkameraden ganz fliessend spricht. Also selbst ein so schwerer Fall wie unser Patient kann dort fliessend sprechen, wo er sich psychisch frei fühlt, wo die Furcht vor Scheltworten, Schlägen, Spöttereien verschwindet. Diese Thatsache ist nicht nur theoretisch recht interessant, sondern vor allen Dingen auch praktisch wichtig, weil sie uns den Weg zeigt, auf dem wir den Patienten von seinem Übel befreien können.

Dass der Knabe in der Schule am meisten stottert, ohne dass die Lehrer ihm gerade scharf entgegentreten, ist nicht verwunderlich. Denn die Schwierigkeit der Antworten und besonders die

Angst vor Schulstrafen und schlechten Zensuren wirkt lähmend auf seine Sprache ein; und im Hintergrund droht auch hier noch die Gestalt des gestrengen Herrn Vaters, der doch sicher auch die Misserfolge in der Schule mit dem Stocke ahndet.

Die therapeutischen Versuche des einen Lehrers waren ja sehr gut gemeint, aber es ist doch eigentlich nicht zu billigen, dass jeder, der über die Behandlung des Stotterns einmal etwas gelesen hat, sich an diese überaus schwierige Aufgabe heranmacht. Man vergisst, dass jeder missglückte Heilversuch das Selbstvertrauen des Patienten immer mehr untergräbt und auch die Prognose für eine spätere sachverständige Behandlung sehr trübt. Solche Heilversuche *ad hoc* werden nicht nur von Lehrern unternommen, die dann wenigstens eine gewisse pädagogische Qualifikation mitbringen, sondern auch von Eltern, Verwandten und Bekannten des Stotterers. Jeder hat irgend etwas über die Behandlung des Stotterns gehört oder hat sich auch seine eigene Theorie zurecht gemacht und will nun seine Kunst an dem Stotterer probieren. Die Lehrer pflegen besonders die Kinder Atmungs- und Sprechübungen machen zu lassen, wie es auch in unserem Falle geschehen ist. Die meisten legen diesen Übungen Bücher zu Grunde, wie sie ja verschiedentlich existieren. Nach meiner Ansicht wirken die herkömmlichen Atmungs-, Stimm- und Artikulationsübungen nur als psychisches Moment. Wenn es dem Therapeuten gelingt, dem Patienten die Überzeugung beizubringen, dass er durch diese Übungen besser sprechen lernen wird, so wird sich auch allmählich die gewünschte Wirkung herausstellen. Während aber der erfahrene selbstbewusste Therapeut mit jeder einigermassen rationellen Therapie zum Ziele kommen kann, ergreift den gelegentlichen Therapeuten bei dem geringsten Misserfolge der Zweifel an dieser Therapie und an seiner eigenen Befähigung. Der Stotterer jedoch hat ein sehr feines Gefühl dafür, wenn der Therapeut selbst die Hoffnung auf Heilung verliert. Die Sprechangst und Lautfurcht, die schon zu schwinden begannen, treten wieder von Neuem hervor und die Sprache wird wieder schlechter. Der Therapeut vermag seinen Missmut nicht zu unterdrücken, er beginnt ärgerlich zu werden, er tadelt und schilt den armen Patienten, er macht ihm Vorwürfe, droht ihm. Der Patient verliert jede Hoffnung. Der Weg zu dem Therapeuten wird ihm immer schwerer. Anstatt dass er dort eine Freistatt finden sollte, wo ihm sachgemässer Zuspruch zu Teil wird, beginnt

der Patient den Therapeuten zu fürchten. Dann aber hat der Therapeut auch keine Aussicht mehr, den Stotterer von seinem Übel zu befreien.

Was nun die Behandlung betrifft, so machte ich den Patienten zunächst darauf aufmerksam, dass die Schluckbewegungen die Sprache geradezu unmöglich machten. Der Patient sah dies auch sofort ein und liess diese Bewegungen in der Folge meist weg. Mitunter aber traten sie doch noch auf, wenn der Patient in grosser Erregung war.

Im Übrigen wandte ich das schon mehrfach geschilderte Verfahren an. Ich erinnerte den Patienten daran, dass er beim Singen nicht stottere und wies ihm nach, dass er ebenfalls beim Sprechen mit gedehnten Vokalen durchaus glatt sprechen müsse. Das gelang denn auch dem Patienten sofort. Ich konnte schon in der ersten Konsultation mit dem Patienten in der ganz normalen Sprache üben. Er sprach mir solche Sätze fliessend nach und beantwortete auch Fragen fliessend. Allmählich stellte ich schwierigere Fragen und liess auch den Patienten selbständiger sprechen. Alles gelang auch in Gegenwart von Fremden zur vollsten Zufriedenheit. Die Sprache wurde auch in der Schule und zu Hause entschieden besser, blieb aber nicht gleichmässig. Es kamen zu Hause bei geringfügigen Anlässen, z. B. bei kleinen Misserfolgen in der Schule die turbulentesten Szenen vor, wobei der jähzornige Vater den Knaben heftig schalt und eventuell auch schlug. Nach solchen Szenen war der nervöse Knabe immer sehr erregt und sprach dann oft auch schlechter. Die Störung war zwar nicht so stark wie früher und ging nicht bis zur Sprachlosigkeit, aber immerhin wurde doch gestottert.

Ich hatte bis dahin immer nur die milde nachsichtige Mutter gesprochen und bat nun auch den temperamentvollen Vater zu mir. Ich setzte ihm auseinander, dass sein Sohn nervös sei und dass jede stärkere Erregung vermieden werden müsse, weil sie auf die Sprache verschlechternd einwirke. Der Herr hatte das auch selbst bemerkt und versprach, sich dem Knaben gegenüber möglichst zusammenzunehmen. Es gelang ihm aber immer nur vorübergehend, sich zu beherrschen. Öfters ging doch sein Temperament mit dem Herrn durch und er reagierte bei der kleinsten Gelegenheit in der gewohnten Weise mit heftigen Worten und Schlägen, sodass der Sohn in ständiger Angst schwebte. Diese Angst wirkte auf die Sprache natürlich ungünstig

ein, sodass das Resultat der Behandlung im allgemeinen nicht so gut war, wie es bei anderem Verhalten des Vaters hätte sein können. Die Sprache des Patienten war ja ganz erheblich gebessert, aber doch zu Zeiten nicht frei vom Stottern, obwohl der Knabe nun immer im Stande war, sich auszudrücken. Selbstverständlich rechnete der Vater die Schuld für das unvollkommene Resultat dem Knaben und mir an und schrieb mir noch nach beendigter Behandlung in dem Sinne einige nicht gerade wohlwollende Zeilen.

Der Fall ist ein recht charakteristisches Beispiel, das zeigt, von welcher Seite oft die vollständige Heilung des Stotterns verhindert wird. Es gibt leider viele Eltern, die genug gethan zu haben glauben, wenn sie ihr stotterndes Kind zum Arzt oder Lehrer schicken, die aber selbst die nötigen Schutzmassregeln nicht treffen wollen oder können.

VIII. Der 14-jährige Realgymnasiast hat bis vor 3 Monaten immer fliessend gesprochen. Damals stürzte er beim Turnen vom Reck herunter und blieb bewusstlos am Boden liegen. Als er nach mehreren Stunden erwachte, stotterte er. Seitdem ist das Übel geblieben und tritt besonders in der Schule auf, wo es dem Knaben beim Unterricht sehr hinderlich ist.

Hereditäre neuropathische Belastung ist nicht vorhanden. Auch keine Sprachstörungen in der Familie. Der Patient hatte auch keinen Umgang mit einem Stotterer.

Der Patient ist ein ziemlich kräftiger gesunder Knabe. Organe gesund. Am Kopfe keine Narben.

Bei der Untersuchung antwortet der Patient fast ohne zu stottern. Es fällt jedoch auf, dass der aus gebildeter Familie stammende Knabe beim Sitzen seine Hände unter die Oberschenkel steckt. Auf Befragen gibt der Patient zu, dass er diese Haltung absichtlich einnehme, da er glaube so besser sprechen zu können. Wenn er die Hände anders halten müsse, so fürchte er, dass das Stottern mehr hervortrete.

An dem Falle ist zunächst die Ätiologie interessant, dass bei einem 14-jährigen Knaben plötzlich nach einem heftigen Trauma Stottern auftritt. Im allgemeinen beginnt das Stotterübel schon in früher Kindheit; doch habe ich auch schon bei Erwachsenen, die das 20. Lebensjahr überschritten hatten, nach schwerem Schlag oder Fall auf den Kopf ganz akut Stottern entstehen sehen.

Dass der Knabe bei der Untersuchung verhältnismässig wenig stottert, hängt offenbar mit seiner eigentümlichen Haltung zusammen. Diese „Hilfe", die sich der Patient ersonnen hat, ist in Parallele zu stellen mit den oben beschriebenen akzessorischen Bewegungen, nur dass diese gewöhnlich heftiger und prononzierter sind und deswegen fälschlich oft als „reflektorische Mitbewegungen" imponieren. Solche „Hilfen" gibt es viele. So hatte einer meiner Patienten die Gewohnheit, die Hände auf den Rücken zu halten und dort mit ihnen spreizende Bewegungen auszuführen, die die einzelnen Worte begleiteten. Ein anderer Patient schlug, bevor er sprechen konnte, mit der Faust auf den Tisch. Manche Patienten begleiten die Worte mit leichten taktierenden Bewegungen des Daumens. Andere Stotterer suchen sich mit verschiedenen Atmungsbewegungen zu helfen, indem sie entweder eine auffallend starke Inspiration dem Satz vorausschicken oder „schwierige" Worte mit langen Exspirationen einleiten oder auch die Rede mit einem lauten „ha" beginnen. Einer meiner Patienten redete sich ein, besser sprechen zu können, wenn er seinen Sitz oder Standort verliess und sich dem Zuhörer möglichst näherte. Viele Stotterer endlich versuchen gewissermassen die Anwesenheit des Zuhörers dadurch auszuschalten, das sie es ängstlich vermeiden, ihn anzublicken.

Der günstige Einfluss derartiger „Hilfen" auf die Sprache kommt wohl daher, dass eine Situation, die dem Stotterer so viel Freiheit oder so wenig Beobachtung garantiert, um die mehr oder weniger ungenierten „Hilfen" ausführen zu können, dem Patienten auch weniger Angst und Verlegenheit bereitet, sodass die Sprache schon aus diesem Grunde vom Stottern freier wird. Die „Hilfe" ist gewissermassen ein Reagenz auf die Gefährlichkeit der Situation, hat der Stotterer die Möglichkeit oder den Mut, die Hilfe anzuwenden, so ist ihm das ein Zeichen, dass die Situation nicht besonders peinlich ist. Daraus erwächst ihm dann Mut und Selbstvertrauen. Die Angst, die sonst die Atmung unregelmässig macht und die Koordination der Sprachbewegungen verwirrt, schwindet mehr oder weniger und die Sprache wird fliessender.

Solche „Hilfen" sind aber insofern für den Stotterer gefährlich, als sich bei ihm allmählich die Einbildung einstellt, überhaupt nur dann sprechen zu können, wenn er erst die Hilfe angewendet hat. Nun gibt es aber viele Situationen, die dem Stotterer die Anwendung der „Hilfe" verbieten oder unmöglich machen. Dann

ergreift ihn eine doppelte Angst und seine Sprache wird noch schlechter.

Ich halte es daher nicht für richtig, einem Stotterer derartige „Hilfen" zu empfehlen, wie es namentlich von Laien, öfters aber auch von Therapeuten geschieht. Ja, der Therapeut muss streng darauf achten, dass der Patient nicht etwa auch bei den Übungen solche „Hilfen" gebraucht. Es ist nämlich gar nicht selten, dass ein Stotterer sich seinem Therapeuten nicht vollständig decouvriert, sondern ihm noch manches verbirgt, um immer noch irgend eine kleine List parat zu haben, die beim Sprechen „helfen" soll; ähnlich wie ein Morphiumsüchtiger, der in eine Anstalt behufs einer Entziehungskur hineingeht, sich noch in seine Kleider Spritzen mit Morphium einnäht, von denen er gelegentlich Gebrauch macht. Ein Stotterer, der bei den Sprech- oder Leseübungen trotz aller Abmahnungen schwierige Worte durch Umschreibung des Textes auszuschalten sucht, ist ja auch keine seltene Erscheinung. Ebenso kommt es vor, dass ein Stotterer eine wenig bemerkbare „Hilfe" bei den Übungen anwendet, die er draussen eventuell sich doch nicht anzuwenden getraut. Wenn der Stotterer diese „Hilfe" verheimlicht und der Therapeut sie nicht bemerkt, so hat das auf das Resultat der ganzen Therapie einen recht ungünstigen Einfluss. Denn gerade in solchen Situationen, wo es am meisten auf eine fliessende Sprache ankommt, wird der Patient oft nicht in der Lage sein, die „Hilfe" gebrauchen zu dürfen; die Schwierigkeit der Situation wird ihm dadurch noch mehr bewusst und die Angst wird ins ungeheure vermehrt und das Sprachübel ins Masslose gesteigert.

Bei unserem Patienten gelang es mir mühelos, in einem Monat eine fliessende Sprache zu erzielen, die auch in der Schule und in allen möglichen schwierigen Situationen sich frei von Stottern hielt.

Solche Fälle, in denen das Stottern wie bei unserem Patienten erst kurze Zeit besteht, geben natürlich eine ganz besonders gute Prognose, hauptsächlich weil die psychischen Erscheinungen nicht so eingewurzelt sind.

IX. Der 15-jährige Schüler stottert schon seit seiner frühesten Kindheit. Eine Ursache des Übels ist nicht bekannt. Die Mutter des Patienten war vorübergehend geisteskrank. Sprachstörungen sind nicht in der Familie vorgekommen. Die Sprache des Patienten ist im Laufe der Zeit ohne jede Behandlung fliessender

geworden. Der Vater behauptet, dass der Patient überhaupt gar nicht mehr stottere. Auch die jetzigen Lehrer des Patienten wollen von einer Sprachstörung nie etwas bemerkt haben. Der Knabe selbst hingegen hat besonders beim Unterricht und beim Gespräch mit Fremden die grösste Furcht, dass er mit der Sprache nicht herauskäme. In der Schule sei diese Furcht so intensiv, dass er mit grösstem Bangen dem Momente entgegen sehe, wo der Lehrer eine Frage an ihn richte. Er fürchte dann stets stecken zu bleiben und sich zu „blamieren.“ Seiner Meinung nach werde es ihm auch oft schwer, die Antworten herauszubringen und er begreife nicht, dass die Lehrer dies „Stocken“ gar nicht bemerken sollten. Die ständige Angst vor dem Stottern rege ihn so auf und mache ihm den Schulbesuch so unleidlich, dass er die Schule verlassen und Kaufmann werden möchte. Der Vater aber, der den begabten und fleissigen Knaben gern einem gelehrten Beruf zuführen möchte, ist mit diesem Entschluss ganz und gar nicht einverstanden und möchte den Sohn gern von diesem „versteckten“ Stottern befreit sehen.

Bei der Untersuchung spricht der Knabe durchaus fliessend. Er beantwortet auch Fragen aus seinen Unterrichtsfächern ohne anzustossen. Auch lateinische, griechische und französische Lektüre liest und übersetzt der Patient ohne Stottern. Er behauptet, sich hier frei zu fühlen und deshalb nicht stottern zu brauchen.

Während der Patient vor mir steht und spricht, fallen eigentümliche schaukelnde Bewegungen auf. Der Patient greift bald mit der rechten, bald mit der linken Hand nach der Tischkante und wiegt sich beim Sprechen hin und her. Diese Bewegungen macht er angeblich ohne besondere Absicht.

Auf den ersten Blick erscheint es recht sonderbar, dass ein Knabe, der eigentlich ganz fliessend spricht, eine solche Angst vor dem Stottern hat, dass er, obwohl ein fleissiger und begabter Schüler, die Schule verlassen möchte. Ein derartiges Verhalten ist aber gar nicht so selten, trotzdem es dem Laien gewöhnlich nicht auffällt. Gerade bei älteren Kindern und namentlich bei Erwachsenen, die früher gestottert haben, kommt es ziemlich häufig vor, dass sie infolge ihrer „fliessenden“ Sprache allgemein als „geheilt“ gelten, während die Patienten selbst von der ewigen Furcht vor dem Stottern gequält werden. Die Patienten sind eben durch die jahrelange Dauer des Übels deratig gewöhnt, ihre Rede mit peinlichster Aufmerksamkeit zu überwachen, dass

ihnen alle die kleinen und kleinsten Unebenheiten der Rede unangenehm auffallen, an denen wir schliesslich alle mehr oder weniger laborieren. Man muss sich vergegenwärtigen, dass das Stottern bis zu einem gewissen Grade ja eine physiologische Erscheinung ist. Wir alle geraten mehr oder weniger ins Stottern, wenn wir uns nicht wohl fühlen, wenn Freude, Trauer, Angst, Schreck, Zorn uns erregen, wenn wir beim Reden hinsichtlich des Gedankens oder des Ausdruckes unsicher und zweifelhaft sind. Der normalsprechende Mensch geht über dieses „physiologische Stottern" als über eine gleichgültige und selbstverständliche Erscheinung hinweg, die ihm nicht besonders auffällt und ihn weiter nicht zum Nachdenken oder gar zur Furcht anregt. Anders der Stotterer. Dieser hat eine Art Hyperaesthesie für alle mechanische Unebenheiten der Sprache; sie erregen ihn und ängstigen ihn aufs Höchste; er fürchtet sofort „steckenzubleiben". Wenn nun ein Stotterer älter wird, so verschwindet zwar oft das Sprachübel selbst, aber diese Hyperaesthesie bleibt bestehen. Dies ist namentlich der Fall bei stark nervösen, hereditär belasteten Patienten, wie unser Patient einer ist. Hierzu kommt nun noch, dass in der Schule selbst oft fleissige und begabte Schüler bei ihren Antworten ängstlich und unsicher sind und dabei, trotzdem sie sonst ganz normal sprechen, direkt anfangen leicht zu stottern. Während Lehrer und Schüler diese Art des Stotterns als eine selbstverständliche Begleiterscheinung gewisser Schülerantworten ignorieren, wird der ehemalige Stotterer dadurch sofort irritiert. Die Angst, wieder in das alte Sprachübel zu verfallen, lässt ihn dieses ganz unerhebliche „Schülerstottern" in sehr bösem Lichte erscheinen. Die Zeit, bis die Antwort herauskommt, dünkt ihn sehr lang. Er wundert sich zwar manchmal, dass die Leute sein „Stottern" gar nicht zu bemerken scheinen, aber seine eigene ungünstige Beurteilung der Sprache und seine peinigende Sprechangst bleibt bestehen.

Wenn nun auch dieser Patient fliessend spricht, so hat er doch das ganz richtige Gefühl nicht „geheilt" zu sein, da ihn stets die quälende Furcht vor dem Stottern verfolgt, ihm die Schule und den geselligen Verkehr verleidet und ihm das ganze Leben verbittert.

Die eigenartigen schaukelnden Bewegungen, die der Patient beim Sprechen macht, sind nur das Zeichen einer gewissen Unbeholfenheit und Schüchternheit, wie sie eben auch sonst dem Alter der „Flegeljahre" anhaften.



Die Behandlung des Patienten bot keine besonderen Schwierigkeiten. Ich gewöhnte ihn zunächst daran, in Gegenwart von Fremden schulgemässe Antworten zu geben. Ich zog zu diesem Zwecke meine Kursisten hinzu, die den Vorteil hatten, die Behandlung des Patienten selbst beobachten zu können, während der Patient sich gewöhnte, in der Gegenwart von Fremden seine Ruhe und Gelassenheit zu bewahren. Ich legte dem Patienten aus seinem täglichen Pensum Fragen vor und liess ihn in den verschiedenen Sprachen, die er lernte, lesen und übersetzen, wie er es in der Schule thun musste. Anfangs geriet er durch die Anwesenheit der Fremden in eine gewisse Verlegenheit, die sich in dem ängstlichen Timbre seiner Stimme und in jenem schülermässigen „Stottern“ kundgab, wie ich es oben geschildert habe. Seine Meinung, dass er reell „gestottert“ hätte, liess ich nicht gelten, sondern versicherte ihn eindringlich, dass mir und den Kursisten nichts besonderes an der Rede aufgefallen wäre. Er hätte durchaus normal gesprochen. Ich bat den Patienten, in der Schule beim Unterricht die Sprache seiner Kameraden mit derselben Genauigkeit zu beobachten, wie er es gewohnheitsmässig bei seiner eigenen thue. Er würde sich bald überzeugen, dass auch seine Mitschüler bei gewissen Gelegenheiten dieselbe Sprache darböten, die er sich als „Stottern“ anrechnete. Er würde aber auch bei den Kameraden bemerken, dass sie sich durch diese Unebenheiten der Rede absolut nicht stören liessen. So sollte er es auch machen. Er solle nicht etwa danach streben, das Stottern zu vermeiden. Er solle sich vielmehr durch dies Stottern in keiner Weise verblüffen lassen, sondern mit der grössten Gelassenheit weiter sprechen, als wenn nichts passiert wäre.

Der Patient berichtete mir schon nach wenigen Tagen, dass er bei verschiedenen Kameraden „Stottern“ beobachtet hätte; er hätte früher darauf nie geachtet; sei aber jetzt erstaunt, dass diese sich im Sprechen durch das „Stottern“ gar nicht irritieren liessen. Sicher gemacht durch diese Wahrnehmungen und durch die bei mir vorgenommenen Übungen in Gegenwart fremder Personen, fühlte sich der Patient bald freier. Die Sprechangst verliess ihn allmählich mehr und mehr. Er wendete bald dem Sprechgeschäft nur das Minimum von Aufmerksamkeit zu, das wir alle anwenden. Damit verschwand auch seine Hyperaesthesie für alle die kleinen Sprechschnitzer, die nun einmal in gewissen Situationen unver-

meidlich sind. Der Patient wurde frischer und fröhlicher. Seine alte Freude an wissenschaftlicher Beschäftigung kehrte wieder. Er ging wieder mit Lust und Liebe zur Schule.

Einige Jahre, nachdem er aus der Behandlung entlassen war, machte er ohne jede Schwierigkeit beim Sprechen das Abiturientenexamen und ging zur Universität.

Als ich nach 7 Jahren von ihm hörte, waren unterdess die ängstlichen Erregungen beim Sprechen nicht wieder aufgetreten.

X. Der 12-jährige Knabe stottert seit seinem 6. Lebensjahre, nachdem er eine Scharlacherkrankung überstanden hatte. Der Vater starb an Lungenschwindsucht. Ein älterer Bruder des Vaters stotterte als Kind. Die Sprachstörung des Patienten verschlimmerte sich immer mehr und mehr. Er wurde deswegen von seiner Mutter viel ermahnt und gescholten, sie stellte ihm oft vor, dass aus ihm gar nichts werden könne und dass er immer ein Gegenstand des Spottes sein würde. In der Schule wurde der Knabe oft von seinen Kameraden verhöhnt. Das Stottern nahm derart zu, dass der Patient schon seit Jahren in der Schule fast niemals eine Antwort herausbringt und deswegen meist gar nicht herankommt. Er ist erheblich zurückgeblieben. Auch ausserhalb der Schule ist der Knabe stets schweigsam. Er spricht fast nie von selbst. Zu Bestellungen ist er nie zu bewegen. Wenn der Knabe von seiner Mutter oder von Fremden gezwungen wird zu sprechen, so flüstert er stets nur. Mit vertrauten Kameraden hingegen spricht der Patient fast fliessend.

Bei der Untersuchung macht der Patient einen hochgradig schüchternen verängstigten Eindruck. Er beantwortet alle meine Fragen flüsternd, wobei er nicht stottert. Auf die Aufforderungen laut zu sprechen, will der Knabe zunächst gar nicht eingehen. Nach längerem Zureden versucht er es. Er macht kolossal starke Artikulationsbewegungen, wobei er den Kopf mehrmals kräftig auf die rechte Schulter wirft. Trotz der grössten Bemühungen bekommt der Patient nicht ein Wort heraus. Die anwesende Mutter begleitet die vergeblichen Sprechversuche des Knaben mit drohenden Reden, er sei ein dummer Junge, solle sich doch Mühe geben, mit seinen Kameraden könne er doch sprechen, er solle sich was schämen und dergleichen. Auch beim Singen stottert der Patient etwas.

Der Knabe ist ziemlich gross für sein Alter, aber grazil und schwächlich. Haut und Schleimhäute blass. Organe gesund.

An dem Patienten ist besonders merkwürdig, dass er die laute Sprache zu vermeiden sucht und sich der Flüstersprache bedient. Beim Flüstern stottert er nicht. Die Flüstersprache bietet einem Stotterer gewisse Erleichterungen. Erstens ist in der Flüstersprache der konsonantische Widerstand, durch dessen Übertreibung ja das Stottern entsteht, verhältnismässig gering; schon dadurch wird die Sprache fliessender. Zweitens hat der Stotterer, wenn er sich der Flüstersprache bedient, nicht wie der normalsprechende Mensch das Streben, einen möglichst geringen akustischen Effeckt zu erzielen, sondern er will im Gegenteil möglichst gehört werden; das erreicht er durch eine Dehnung der Vokale, die wieder ähnlich wie das Singen die Sprache erleichtert. Endlich ist die Anwendung der Flüstersprache den „Hilfen" gleichzusetzen, die wir oben mehrfach beschrieben haben; eine Person oder eine Situation, die dem Patienten nach seiner Meinung die Anwendung der Flüstersprache gestatten, ängstigen ihn auch weniger, sodass er auch aus diesem Grunde beim Flüstern fliessender spricht.

Es ist nicht zu verkennen, das der Patient durch die häufige Anwendung der Flüstersprache sich der lauten Sprache immer mehr und mehr entwöhnt. Je öfter er sich der lauten Sprache entzogen hat, um so grösser wird die Furcht vor ihr. Tritt dann eine Situation ein, die den Patienten zur Anwendung der lauten Sprache zwingt, so hat er das Gefühl, etwas ganz aussergewönliches leisten zu sollen. Jetzt ergreift ihn panischer Schrecken. Die Atmung wird frequent und unregelmässig. Die Angst verwirrt die Koordination der Sprachmuskulatur. Kolossale willkürliche Anstrengungen treten störend und hemmend hinzu. Der Patient bekommt kein Wort heraus.

Es ist selbstverständlich, dass nur hochgradige psychische Insulte einen Patienten auf die Idee bringen können, sich der lauten Sprache fast ganz zu enthalten.

Die Ursache dieser Insulte ist nicht weit zu suchen. Es ist vor allem die Mutter des Patienten, die in bestem Glauben seine Sprache soviel getadelt, gescholten und bejammert hat, dass der arme Bursche immer mehr Angst vor dem Sprechen bekam und deswegen sich nur noch der Flüstersprache bediente. Der Spott der Schulkameraden, die beim Unterricht die vergeblichen Sprech-

versuche des unglücklichen Knaben mit ihrem Kichern begleiteten und ihn auf Schritt und Tritt verhöhnten, trat als weiteres verschlimmerndes Moment hinzu.

Charakteristisch ist, dass der Knabe, der sonst kaum ein lautes Wort herausbekommt, mit seinen vertrauten Spielkameraden fast fliessend spricht. Hier wird sein Stottern mit schweigender Toleranz ignoriert. Hier droht kein Spott, kein Vorwurf, kein Tadel, kein Gejammer. Der Patient fühlt sich hier psychisch frei. Hier verwirrt keine Angst die Koordination seiner Atmungs-, Stimm- und Artikulationsmuskulatur. Hier glaubt er aller der willkürlichen Anstrengungen beim Sprechen entraten zu können. Gerade dieser Fall zeigt wieder recht deutlich, wo die Schädlichkeiten sitzen, die das Stottern immer wieder von Neuem hervorrufen und mehr und mehr verschlimmern.

Bei der Behandlung liessen sich von vornherein grosse Schwierigkeiten erwarten. Darauf wiesen erstens die kolossale Sprechangst hin, die den Patienten im Allgemeinen auf die laute Sprache überhaupt verzichten liess, und zweitens die eigentümliche Erscheinung, dass die Sprache des Patienten auch beim Singen keineswegs ganz fliessend war. Das Singen bietet sonst selbst hochgradigen Stottern durch die Dehnung der Vokale und den bekannten Wortlaut des Textes fast niemals irgend welche Schwierigkeiten. Man hört oft die Behauptung, dass ein Stotterer, dessen Uebel auch beim Singen hervortritt, unheilbar sei. Das ist wohl zu weitgehend. Aber soviel ist richtig, dass bei solchen Patienten die hochgradigste Sprechangst und Lautfurcht vorhanden sind und die im Singen liegende mechanische Erleichterung illusorisch machen. Von unserem Patienten, der ja auch beim Singen etwas stotterte, liess sich erwarten, dass er auch beim Sprechen mit gedehnten Vokalen keineswegs fliessend sprechen würde. Ich brauchte daher die Vorsicht, zunächst alle Sätze, die ich dem Knaben vorsprach, mit ihm zusammen zu wiederholen. Dabei pflegen fast alle Stotterer jegliche Angst abzulegen und fliessend zu sprechen. Nur die schwierigsten Fälle versagen, auch wenn man mit ihnen zusammenspricht, und stottern. Zu ihnen gehörte unser Patient. Er sprach ja allerdings viele Sätze fliessend mit, bisweilen sass er absolut fest und konnte das betreffende Wort durchaus nicht herausbringen. Die Anweisung, die Konsonanten mit schwächerer Kraft zu bilden, konnte der, wie wir sehen werden, wenig intelligente Knabe nicht befolgen. Daher wandte



ich folgendes Verfahren an. Ich sprach dem Knaben Sätze mit gedehnten Vokalen vor und forderte ihn dann auf, mit mir zusammen den Satz zu wiederholen. Dabei wartete ich aber nicht etwa, bis der Knabe die betreffenden Worte herausgebracht hatte, sondern sprach mit dem grössten Gleichmut immer in demselben Tempo fort, ganz gleichgültig, ob der Knabe den Satz weiter sprechen konnte oder nicht. Sobald ich einen Satz vollendet hatte, kam ein anderer heran, auch wenn der Patient beim ersten hängen geblieben war.

Anfangs kam es ziemlich häufig vor, dass der Knabe, trotzdem ich mitsprach, stockte und nicht weiter konnte Er sah mich dann mit ängstlichem Blicke an und fürchtete, wie er mir später gestand, Vorwürfe oder gar Schläge von mir zu erhalten. Da er aber merkte, dass ich stets dasselbe ruhige Wohlwollen zeigte und dass es schliesslich ganz irrelevant schien, ob er bei diesen Sätzen stotterte oder nicht, schwand seine Angst mehr und mehr und die Sprache wurde immer fliessender. Nach einer Woche war der Knabe durch dies Verfahren so weit gekommen, dass er die vorgesprochenen Sätze allein ohne meine Begleitung fliessend wiederholen konnte, anfangs mit gedehnten Vokalen, nach einigen Tagen schon in normaler Sprache. Beim Versuche, den Knaben ganz einfache Fragen beantworten zu lassen, trat aber wieder stärkeres Stottern hervor. Es zeigte sich hierbei nämlich, dass der 12-jährige Elementarschüler im Ausdruck, in der Grammtik und Syntax fast auf dem Standpunkt eines Ausländers stand, der die deutsche Sprache zu radebrechen versucht. Es war unglaublich, was der Knabe für Phrasen ersann und für Wortverwechslungen zu Stande brachte. Seine grammatischen Formen und sein Satzbau trugen ein exotisches Gepräge. Der Knabe litt also an einer Art von Agrammatismus,[1]) d. h. an einer Unfähigkeit, sich in grammatisch-syntaktisch korrekten Sätzen auszudrücken. Während in höheren Graden von Agrammatismus überhaupt ohne grammatische Formen und syntaktischen Zusammenhang gesprochen wird, beobachtet man bei älteren Kindern, die seit frühester Jugend viele Jahre an hochgradigen Sprachstörungen leiden, die seltsam verschrobenen Ausdrücke, Deklinations- und Konjugationsformen, ungelenken und verworrenen Satzbau, wie sie unser Patient

[1]) Vgl. Liebmann: „Agrammatismus", Archiv für Psychiatrie 1901 und „Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder", Sammlung von Schiller und Ziehen 1901. S. 24. und 54

bietet. Dieser eigentümliche Agrammatismus ist in unserem Falle einmal auf die geringe Intelligenz des Knaben zurückzuführen, zweitens auf den exzessiv geringen Gebrauch, den der Patient seit Jahren von seiner Sprache machte. So wie unser Patient, sprechen sonst nur Kinder in den ersten Lebensjahren: sie werden dann durch Korrekturen der Umgebung eventuell der Schule allmählich an eine korrektere Sprache gewöhnt. Bei unserem Patienten aber fielen diese Korrekturen fort, da er immer nur sehr wenig sprach; daher blieb diese frühe kindliche Rede bei ihm konstant.

Auf die Therapie wirkte dieser Agrammatismus sehr übel ein. Denn das fortwährende Suchen nach dem Ausdruck und nach den richtigen grammatischen und syntaktischen Formen, das ewige Zweifeln und Korrigieren bewirkten immerfort ungleichmässige Sprachimpulse und inkoordinierte Sprachbewegungen, die dann den ängstlich aufmerkenden Patienten erregten und zum Stottern brachten. Eine Besserung des Stotterns konnte hier nur erzielt werden, wenn es gelang, dem Patienten auch zu einer besseren formalen Sprache zu verhelfen.

Ich sprach daher dem Patienten nach Bildern Sätze vor, die er zunächst nachsprechen musste und die ich dann später wieder abfragte. Auf diese Weise bildete sich langsam seine formale Sprache heraus, so dass er allmählig im Stande war, auch selbständig Fragen zu beantworten. Die Sprache war dabei im Allgemeinen ziemlich fliessend; nur an den Stellen, wo er auf formale Schwierigkeiten stiess, begann der Patient stets noch leicht zu stottern. Es zeigt sich wieder an unserem Patienten, wie wenig zweckmässig es ist, den Stotterer nach einem „Übungsbuch" immer wieder dieselben Sätze sprechen zu lassen, die er dann bald mühelos nachspricht, während er beim selbständigen Sprechen sofort ins Stottern gerät.

Die Sprache des Patienten war nach etwa zwei Monaten ziemlich fliessend, auch seine formale Rede war bedeutend gebessert, wenn sie auch noch recht vieles zu wünschen übrig liess. Damals erkrankte nun der Patient an einem akuten Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh. Er musste mehrere Tage fehlen. Als er wieder erschien, war die Stimme noch heiser. Der Patient hustete viel. Die Sprache war auffallend schlechter. Solche Rückfälle können durch alle stärkeren körperlichen Indispositionen, wie durch hochgradige psychische Erregungen bewirkt

werden. Sehr häufig beobachtet man sie bei Kehlkopf- und Rachenkatarrhen, weil hierbei eigentümliche Sensationen entstehen, die die Aufmerksamkeit der Patienten in hohem Masse auf die Sprachorgane und deren augenblicklich mangelhafte Koordination hinlenken. In unserem Falle war der Rückschritt so stark, dass der Patient nicht einmal mehr im Stande war, mir die Sätze mit gedehnten Vokalen fliessend nachzusprechen. Solche Rückfälle sind um so schlimmer, als sie dem Patienten recht erhebliche Zweifel an dem Erfolge der Therapie beibringen und damit die nötige psychische Beeinflussung verhindern. Auch hier zeigt sich wieder, wie wenig zutreffend die allgemein beliebte Bezeichnung „Unterricht" für die Behandlung des Stotterns ist. Ein Schüler der in einem Unterrichtsfache das vorher gesteckte Ziel nicht erreicht hat, wird im Allgemeinen durch eine Wiederholung des Kursus mehr erreichen. Beim Stotterer ist es gerade umgekehrt. Je öfter dieser einen „Kursus" wiederholt, sei es bei demselben oder bei anderen Therapeuten, desto geringer ist seine Aussicht auf ein gutes Resultat. Das deutet doch auch wieder darauf, dass der Stotterer nichts zu „lernen" hat, dass es nicht darauf ankommt, ihm die zum Sprechen nötigen Bewegungen „einzuüben", sondern dass die Heilung wesentlich von psychischen Faktoren abhängt. Es kommt eben wesentlich darauf an, dem Patienten die Angst vor dem Sprechen und vor „schwierigen" Lauten zu nehmen.

Bei solchen Rückfällen gilt vor allen Dingen für den Therapeuten das Wort des Horaz:

Aequam memento rebus in arduis servare mentem.

Dies ist aber durchaus nicht immer leicht, da das Publikum stets bereit ist, dem Therapeuten die Schuld an dem Misserfolge zuzuschreiben.

Ich brachte dem Rückfall des Patienten scheinbar den grössten Gleichmut entgegen und begann mit der Therapie noch einmal von vorn. Ich sprach dem Knaben Sätze mit gedehnten Vokalen vor, die wir dann beide gemeinsam wiederholten. Genau wie beim ersten Male sass der Knabe oft mitten im Satze fest und konnte nicht weiter sprechen. Allmählich gab sich das aber, als ich jeden dieser Sätze ohne Monitum allein zu Ende sprach. Bald konnte ich dann wieder zur Beantwortung von Fragen übergehen. Als der Patient nach drei Monaten entlassen wurde, war die Sprache ziemlich fliessend, aber keineswegs perfekt Er war aber dahin gekommen, dass er sich in der Schule, im Hause

und vor Fremden stets äussern konnte. Ein völliges Versagen der Sprache trat nicht mehr ein, nur mitunter ein leichtes Stocken, das auf der Unsicherheit seiner formalen Sprache beruhte. Letztere konnte natürlich in drei Monaten nicht völlig beseitigt werden. Jedenfalls bekam ich einige Monate nach der Entlassung die Mitteilung, dass der Knabe besonders in der Schule durch Stottern kaum noch gestört werde. Es war daher zu hoffen, dass durch einige allmähliche Verbesserung seiner formalen Sprache auch diese Überbleibsel des Stotterns noch verschwinden würden.

XI. Das 6-jährige Mädchen leidet seit einigen Jahren an Stottern und Poltern. Die Störung ist allmählich ohne besondere Ursache entstanden. Stottern oder andere Sprachübel sind in der Familie nicht vorgekommen. Dagegen ist der Vater ein ziemlich nervöser Herr und zeichnet sich durch eine aussergewöhnlich schnelle Sprache aus, ohne dass aber dabei irgend welche artikulatorische Störungen auftreten. Das Mädchen ist wegen seiner hastigen und stotternden Sprache von seinen Eltern häufig ermahnt worden, angeblich immer in konzilianter Form. „Übungen“ oder „Wiederholungen“ wurden nicht unternommen. Die Störung ist allmählich immer schlechter geworden. Wegen der Sprache ist die Einschulung des Kindes vorläufig unterblieben.

Die Untersuchung ergiebt folgendes Resultat: Graziles, ziemlich gut genährtes blasses Mädchen. Organe gesund. Keine Anomalien an den Sprachwerkzeugen. Das Kind macht keineswegs einen schüchternen Eindruck. Sie beantwortet im Gegenteil alle Fragen ohne jede Scheu mit einer gewissen kindlichen Unbefangenheit und Zutraulichkeit und mit einem leichten Anfluge von Übermut.

Beim Sprechen beobachtet man zunächst eine auffallende Geschwätzigkeit. Wenn man dem Kinde eine einfache Frage vorlegt, die mit wenigen Worten zu beantworten wäre, so sprudelt sie in etwas vorlauter Weise eine ganze Reihe von Sätzen hervor, die das angeschlagene Thema in ziemlich erschöpfender Weise behandeln. Damit nicht genug, sucht die kleine temperamentvolle Schwätzerin selbst die Zügel des Gespräches zu ergreifen. Sie stellt mit verblüffender Dreistigkeit an mich eine Reihe von Gegenfragen, die teils meine Personalien, teils Gegenstände im Zimmer betreffen, und macht eine Flut drollig-unzarter Bemerkungen, wie: „Sie sind ein hübscher Mann, Herr Doktor; machen Sie es man nicht zu teuer“ etc.

Wenn die Patientin spricht, so fällt zunächst auf, dass sie an manchen Stellen leicht festsitzt und dann einige Zeit gebraucht, um den betreffenden Laut zu bilden; an anderen Stellen wieder tritt mehrmalige Wiederholung eines Lautes ein, bevor die Rede weiter geht. (Stottern.) Dies Stottern ist nicht selten, retardiert aber die Rede nicht allzusehr. Es ist völlig regellos und nicht an bestimmte „schwierige" Laute gebunden. Meist tritt das Stottern am Anfang des Satzes auf.

Ferner ist das schnelle Tempo der Rede bemerkenswert. In der Hast kommt es häufig zu allerlei seltsamen Wiederholungen, Umstellungen und Auslassungen von Lauten, Silben und Worten. Öfter ist die Artikulation etwas undeutlich und verwaschen, sodass manche Sätze und Worte nicht ganz verständlich sind. Die Rede ist von zahlreichen Zwischenlauten „hm hm" „ä ä" etc. unterbrochen. Ferner ist auffallend, dass die Patientin viele Sätze garnicht zu Ende führt, sondern sich plötzlich unterbricht und einen neuen Satz beginnt. Mitunter folgen 3—4 solcher Satztorsos hintereinander, bevor die Kleine endlich einen Satz zu Ende führt. (Poltern.)

Beim Sprechen ist die Kleine in fortwährender zappelnder Bewegung.

Einige Beispiele mögen die seltsame Rede der kleinen Patientin illustrieren.

„Gegegestern habe ich — hm hm gestern gestern habe ich mir allein Stach Stach hm hm Sprachstunde gegeben."

„W—o ist denn ä ä ach da drüben wo ist denn wo ist denn die Lehrerin?"

„Na was ist na wer ist denn da die hm hm hier die da die alte Frau?"

„Uuund nun sollen hm hm und die geben sich hm hm und wer hm hm wer kommt denn hau hau hier raus."

„D—ie Leute ä ä der Junge hat hm hm die Frau giebt den Lu hm Leuten Suppe."

„Morgen wollen wir m—ein Papa sagt ä ä wir gehen morgen morgen in den Prak (Park)."

„Wo sitzen denn hier hier die Damen, sie ser ser ser sitzen wohl auf der Erde."

„Schon wieder sehen ä ä wollen mal hier hier w—ollen hier die B—ilder ansehen."

„Ä ä ä i—ich habe habe wir haben ihre Tochter gestern hm hm ihre Tochter war ja gestern auf der Lar Charlottenburger Chaussee."

„Ach d—as das da das da ist wohl hm hm ä ä der zolische der ä ä zoologische Gra Garten."

„Wir waren ich bin iiich bin gestern abend ä ä spät nat nach Haus gekommen."

Die Sprachstörung der kleinen Patientin stellt eine Kombination von Stottern und Poltern dar. Das Stottern besteht in der Unterbrechung der Kontinuität der Rede durch unregelmässige Bewegungen der Atmungs-, Stimm- und Artikulationsmuskulatur. Das Poltern[1]) hingegen ist eine zu hastige Redeweise, bei der die Artikulation häufig undeutlich wird und Laute, Silben und Worte ausgelassen, umgestellt oder wiederholt werden; auch ist die Rede des Polterers reich an eingeschobenen Zwischenlauten.

Das Poltern beruht auf einer Disharmonie der inneren und der mechanischen Sprache. Es gibt zwei Arten von Poltern. Bei der ersten handelt es sich um geistig träge Kinder, denen es schwer wird, einen Gedanken präzis zu fassen und ihn in die rechten Worte zu kleiden; diese Patienten zweifeln und korrigieren sich beständig und, wenn sie endlich das Richtige gefunden zu haben glauben, stossen sie die Worte in so wilder Hast heraus, dass sie sich immerfort „versprechen" und unvollkommen artikulieren. Bei der zweiten Klasse von Polterern liegen die Verhältnisse umgekehrt. Diese Patienten sind sehr temperamentvoll und geistig sehr rege. Ihre Gedanken leiden an einem *embarras de richesses*. Es wird den Kindern auch nicht schwer, die richtigen Worte für ihre Gedanken zu finden. Sie sprudeln förmlich über von Gedanken und Worten und suchen mit möglichster Hast alles auszudrücken, da schon ganze Reihen neuer Gedanken auf baldige Abfertigung drängen. Diesem Ansturm von Worten ist die Zunge nicht gewachsen. Es kommt zu allerlei kleinen Entgleisungen. Viele Sätze werden garnicht zu Ende gesprochen, da der Patient inzwischen schon mit seinen Gedanken ganz wo anders ist.

Unsere Patientin gehört zu der zweiten Klasse von Polterern. Sie ist sehr hastig von Natur, sehr rege und unglaublich geschwätzig. Der Kleinen fehlt noch jede Disziplin. Keck setzt sie

[1]) Vgl. Liebmann: Vorlesungen über Sprachstörungen. Heft 4: Poltern, Berlin 1900, und die Arbeiten von Berkhan, Coën, Gutzmann, Kussmaul und Treitel.

sich über die Grenzen der kindlichen Bescheidenheit hinweg. Sie möchte alles wissen, über alles mitreden. Ihr kleines Plappermäulchen steht kaum einen Augenblick still. Wenn sie etwas sagen will, kommt ihr oft mitten in dem angefangenen Satze ein anderer Gedanke. Sie vollendet den Satz nicht, sondern wendet sich einem anderen zu, der oft auch nicht zu Ende geführt wird, um einem dritten Platz zu machen. Auf der Grenze dieser Satzfragmente stehen oft embolische Laute, weil die Patientin in der Hast nicht gleich den richtigen Ausdruck für den zweiten Gedanken finden kann. Durch den übergrossen Reichtum an immer neuen sich aufdrängenden Gedanken wird die schon von Natur hastige Patientin zu einem sinnlos schnellen Redetempo getrieben, für das ihr auch der Vater stets ein böses Beispiel gegeben hat. Während nun ältere Personen durch die grössere Geschicklichkeit ihrer Zunge und ihrer Diktion sich ungestraft mit solcher Schnelligkeit äussern können, kommt es bei Kindern zu allerlei Entgleisungen. Die Patientin artikuliert in der Hast oft undeutlich. Sie wiederholt manche Worte, weil sie als 6jähriges Kind unmöglich eine so flüssige Diktion haben kann, um in diesem Tempo fortwährend den richtigen Ausdruck zur Hand zu haben. Endlich verspricht sie sich immerfort, da bei der jungen Patientin die motorischen und akustischen Wortbilder noch zu wenig gefestigt sind, um bei der Schnelligkeit von der Aufmerksamkeit genügend kontrolliert werden zu können. Wie ich schon in früheren Arbeiten[1]) betont habe, ist das Versprechen der Polterer keineswegs regellos, sondern folgt ähnlichen Gesetzen, wie sie für das Versprechen im allgemeinen nachgewiesen sind.[2]) Bei unserer Patientin kommen vor:

1. Antizipationen von Lauten und Silben z. B. „**Stach** **Stach**, Sprach**stunde**," „**hau hau** hier **raus**", „sie s**er** s**er** s**er** sitzen wohl auf der **Er**de."

2. Nachklänge von Lauten z. B. „spä**t** na**t** nach Haus."

3. Umstellungen von Lauten z. B. **„Prak"** (Park), „**G**ra Garten".

Bezeichnend für die Intelligenz unserer Patientin ist, dass sie sich bei diesem „Versprechen" fast stets korrigiert, während weniger intelligente Patienten sich in der unsinnigsten Weise

---

[1]) Vgl. Liebmann: Vorlesungen über Sprachstörungen. Heft 4. Poltern. S 2 und Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. Berlin 1901. S. 56 ff.

[2]) Vgl. Treitel: Heterotopie. Arch. f. Psychiatrie. 28. Bd. Heft 1 und Mehringer & Mayer: Versprechen und Verlesen. Stuttgart 1895.

„versprechen" können, ohne das Geringste zu bemerken oder das Verlangen nach einer Korrektur zu empfinden.

Was das Stottern der Patientin betrifft, so ist hier der Mangel an psychischen Symptomen recht auffallend. Man sucht bei der Patientin vergebens nach Sprechangst oder Lautfurcht. Auch hat sie durchaus nicht das schüchterne, ängstliche, gedrückte Wesen der Stotterer. Demgemäss ist auch das Stottern bei dem Kinde durchaus nicht hochgradig. Es kommt niemals zu einer länger dauernden Sprachhemmung, sondern immer nur zu einer schnell vorübergehenden leichten Retardation. Die Patientin ist auch im stande, jeden vorgesprochenen Satz in natürlicher Rede ohne Stottern zu wiederholen.

Zweifellos ist der verhältnismässig geringe Grad des Stotterns auf das Verhalten der Eltern zurückzuführen, die das Kind wohl öfter wegen der Sprache ermahnten, aber weder mit Strenge vorgingen, noch die so beliebten „Wiederholungen" und „Übungen" veranstalteten. Auf diese Weise ist das Kind nicht mit der üblichen Angst vor dem Sprechen erfüllt worden, und da man es nicht fortwährend auf die „Schwierigkeit" mancher Laute aufmerksam gemacht, so ist auch die Lautfurcht dem Kinde erspart worden. Der Fall ist ein recht gutes Beispiel dafür, in welchen Grenzen sich das Stottern hält, wenn man sich entschliesst, die Kinder möglichst zufrieden zu lassen.

Das Verhältnis des Stotterns zum Poltern kann ein primäres oder sekundäres sein. Entweder ist zuerst Stottern vorhanden und der Patient kommt durch die häufige Retardation der Rede dazu, sobald das Hindernis überwunden ist, in schneller Hast die verlorene Zeit wieder einholen zu wollen. Oder aber das Poltern ist das primäre Übel. Hier entstehen auf Grund des Polterns zunächst leichte inkoordinierte Sprachbewegungen, die bei vorhandener Disposition oder bei Einwirkung gewisser Schädlichkeiten (Infektionskrankheiten, Traumen, Angst, psychische Ansteckung) schliesslich zum Stottern führen.

Bei unserer Patientin scheint der zweite Fall vorzuliegen. Ihr hastiges Wesen und das Beispiel des Vaters drängten sie zu einer schnellen Rede, bei der sich die Sprachbewegungen öfters „verwickelten", bis auf Grund der vorhandenen nervösen Belastung allmählich sich Stottern ausbildete.

Die Behandlung der Patientin schien zunächst keine besonderen Schwierigkeiten zu bieten.

Da hier das Stottern von psychischen Erscheinungen frei war, so bedurfte es des Sprechens mit gedehnten Vokalen nicht. Man brauchte der Patientin nur Sätze in natürlicher Rede vorzusprechen und diese wiederholen zu lassen. Dann musste man allmählich zum Beantworten von Fragen und schliesslich zur freien Rede übergehen.

Dieselbe Therapie genügt auch zur Beseitigung des Polterns. Artikulations- und Leseübungen, die GUTZMANN gegen dies Übel vorschlägt, halte ich für zwecklos, abgesehen davon, dass manche Patienten, z. B. die unsrige, noch nicht lesen können. Artikulationsübungen kann jeder Polterer fehlerlos ausführen, sie nützen ihm gar nichts. Auch das Lesen gelingt jedem Polterer sehr bald, wenn er nur nicht zu schnell liest, was leicht zu bewerkstelligen ist. Artikulations- und Leseübungen ändern an dem Poltern gar nichts, weil in beiden Fällen die auszusprechenden Laute, Worte oder Sätze dem Patienten gegeben sind und er daher seine volle Aufmerksamkeit auf die mechanische Sprache verwenden kann. Bei der freien Rede aber beginnen diese Patienten sofort wieder zu poltern, weil die Prägung und Formulierung der Gedanken die Aufmerksamkeit von dem Sprechgeschäft ablenkt und die Rede dann bald wieder in der altgewohnten Hast dahinstürmt. Ein Polterer muss daher zunächst lernen, Sätze mit mässiger Geschwindigkeit und strafferer Artikulation ohne „Versprechen“ und ohne Zwischenlaute nachzusagen. Dann muss er geübt werden, diese neugewonnene Fähigkeit auch bei der Beantwortung von Fragen anzuwenden, wo bereits die Schwierigkeiten der Gedanken und der Diktion aufzutreten und die Rede zu stören beginnen. Endlich aber müssen vor allen Dingen Übungen in der freien Rede stattfinden. Erst diese sind im stande das Poltern vollends zu unterdrücken.

Nach diesen Grundsätzen leitete ich die Therapie bei unserer kleinen Patientin. Sie konnte schon nach einigen Tagen Sätze ohne Stottern und Poltern nachsprechen. Auch bei der Beantwortung der Fragen blieb die Sprache korrekt, so lange ich den Redestrom der Patientin hemmte, indem ich für kurze Antworten Sorge trug und alle überflüssigen Zusätze durch neue Fragen unterdrückte. Sobald ich aber die Patientin frei und ungehindert sprechen liess, trat sofort wieder das Stottern und Poltern hervor. Dies Verhalten ist recht charakteristisch. Es zeigt, wie wenig für die Sprache gewonnen ist, wenn man sich auf die Beantwortung

schulgemässer Fragen beschränkt und die Übungen nicht auf die freie Rede ausdehnt.

Als Übergang zur freien Rede versuchte ich zunächst, die Patientin kleine Geschichten nacherzählen zu lassen. Ich sprach ihr erst Satz für Satz vor und liess sie dann jeden Satz einzeln wiederholen. Leider war dann die Kleine nicht im Stande, das Geschichtchen im Zusammenhang wiederzugeben. Sie machte allerlei Konfusionen, verlor den Faden und konnte nicht weiter. Ich bediente mich daher als Hilfsmittel der Serienbilder, die in zusammenhängender Folge den Gang einer Geschichte darstellen. Brauchbare Serienbilder findet man z. B. in grosser Menge unter den sog. „Münchener Bilderbogen". Ich drückte den Inhalt jedes einzelnen Bildes mit einem kurzen Satze aus, den das Kind wiederholen musste. An der Hand dieser Serienbilder lernte die Kleine bald Geschichten im Zusammenhang nacherzählen und sie auch später ohne die Bilder wiederholen. Die Anzahl der durchgenommenen Geschichten wuchs mehr und mehr an und wir hatten bald ein ziemliches Repertoire zusammen, aus dem ich dann bald diese, bald jene Geschichte erzählen liess. Wegen der grossen Menge des Stoffes boten Inhalt und Form dem Kinde noch genügende Schwierigkeiten, um die Sprachfähigkeit mehr und mehr zu verbessern.

Im Anfange traten bei diesen Erzählungen noch ziemlich häufig Stottern und Poltern ein. Ich tadelte dann die Kleine nicht, ermahnte sie auch nicht, sondern unterbrach sie bei passender Gelegenheit scheinbar aus sachlichen Gründen, in Wirklichkeit aber, um ihr an meiner ruhigen, langsameren und fliessenden Rede ein neues Beispiel zu geben. In der That ahmte die Kleine auch sofort ohne besondere Ermahnung meine Rede nach und sprach dann viel besser weiter.

Allmählich konnte ich der Patientin beim Sprechen immer mehr Spielraum gewähren und sie länger ohne Unterbrechung reden lassen. Die Sprache blieb bei den Erzählungen fast immer fliessend und deutlich und frei von den früheren Entgleisungen. Auch zu Hause besserte sich die Sprache bedeutend, war aber lange nicht so gut wie bei mir, offenbar weil zu Hause beim Sprechen alles extemporiert werden musste und weil dort die Patientin nichts Theoretisches sprach, sondern alles eine lebendige Beziehung zur Wirklichkeit hatte. Die extemporierte Rede aber und das incitamentum der Realität versetzten die kleine nervöse

Patientin noch in eine gewisse Erregung, die dann zum Stottern und Poltern führte.

Ich kleidete daher die Übungen nunmehr in die Form von Gesprächen, wie sie das Kind etwa zu Hause führte. Ich liess sie von ihren Spielsachen, ihren Spaziergängen, ihren Landpartien, ihren Gespielen etc. erzählen, was sie denn auch mit grosser Gesprächigkeit that. Nur wenn die Rede fehlerhaft wurde, unterbrach ich sie in der oben geschilderten Weise.

Auf diese Art gelang es mir auch, die Rede der Kleinen draussen normal zu gestalten. Nur ab und zu traten noch bei besonderen Erregungen Momente ein, wo die Sprache in leichtes Stottern und Poltern geriet.

Die Behandlung zog sich ausnahmsweise über ein halbes Jahr hin, weil sie durch verschiedene Krankheiten öfter Wochen und Monate unterbrochen werden musste.

XII. Der 12-jährige Quartaner soll „immer" stotternd gesprochen haben. Auch der Vater stotterte als Kind. Der Knabe hat an Masern, Keuchhusten und „Erkältungen" gelitten. Seine Sprache hat sich immer mehr verschlechtert, sodass er auch in der Schule zurückblieb. Die Mutter versuchte das Sprachübel dadurch zu verbessern, dass sie den Knaben häufig vor Verwandten und auch vor Fremden „beschämte", indem sie auf seine stotternde Sprache hinwies. Auch hielt sie seine Geschwister und Spielkameraden systematisch an, den Knaben wegen seiner Sprache zu verhöhnen, wovon sie sich viel Nutzen versprach. Der Ordinarius des Knaben behandelte ihn „streng" und behauptete, er würde fliessender im Unterricht sprechen, wenn er seine Lektion besser lernen würde. Infolge dessen hat der Knabe die grösste Angst vor den Fragen in der Schule und bekommt in der letzten Zeit fast keine Antwort mehr heraus.

Die Untersuchung ergiebt: Kräftiger, gut genährter Knabe. Stark prognather Oberkiefer, hoher Gaumen. Zahndefekte in der Praemolar- und Molargegend beiderseits. Gute Nasenatmung.

Der Knabe zittert vor Aufregung und weint. Er stottert sehr heftig, besonders bei den Verschlusslauten. Öfters bekommt er die Worte gar nicht heraus und schweigt. Beim Lesen eines deutschen Stückes ist die Störung etwas geringer. Französisch liest der Knabe mit sehr starkem Stottern. Die Stimme hat den charakteristischen Klang der Mutierenden.

Der Knabe lispelt beim scharfen und weichen s, indem er die Zunge weit zwischen die Zähne hinaussteckt. (*Sigmatismus simplex.*)

Bei der Therapie entstand die Frage, ob man dem Knaben auch das Lispeln abgewöhnen sollte. Ich entschied mich in diesem Falle dagegen, und zwar aus folgenden Gründen.

Das Lispeln gehört zu der grossen Gruppe von Sprachstörungen, die man unter dem Namen „Stammeln" zusammenfasst. Der Stammler kann manche Laute überhaupt nicht bilden oder er verstümmelt sie; letzteres ist beim Sigmatismus simplex der Fall. Die Therapie des Stammelns muss nach meiner Ansicht im allgemeinen von der des Stotterns grundsätzlich verschieden sein. Der Stotterer kann nämlich alle Laute und Lautverbindungen richtig bilden; nur gewisse Situationen erregen ihn so, dass durch inkoordinierte Bewegungen die Sprache erschwert oder gehemmt wird. Dem Stotterer braucht man also nach meiner Ansicht die Laute und Lautverbindungen nicht einzuüben.[1]) Er kann sie schon. Den Stotterer muss man bloss von der Sprachangst und Lautfurcht befreien, indem man ihm systematisch das Streben abgewöhnt, die Sprachbewegungen mit vollster Aufmerksamkeit zu überwachen. Der Stammler hingegen muss in der That neue Laute lernen und muss zunächst beim Sprechen mit peinlichster Aufmerksamkeit ihre korrekte Bildung kontrollieren, bis er allmählich durch Übung dahin kommt, die Laute auch mit halber Aufmerksamkeit richtig zu machen.

Der Stotterer muss also lernen mit geringerer Aufmerksamkeit zu sprechen, der Stammler mit grösserer.

Es giebt ja nun Komplikationen von Stammeln und Stottern, wo das Stammeln das primäre Übel ist, das erst das Stottern bewirkt. Hier hilft nur eine Therapie des Stammelns, die dann zugleich das Stottern beseitigt. Drei solcher Fälle teile ich unten mit.

Anders liegt aber die Sache, wo das Stammeln nur eine ganz zufällige Komplikation des Stotterns darstellt, wie in unserem Falle. Hier würde ich eine Therapie des Stammelns nur dann für indiziert halten, wenn die Störung über das ästhetische Mass hinausginge, wie es z. B. beim Parasigmatismus lateralis der Fall ist, wo sämtliche S-Laute (ss, s, sch, französ. ge, vorderes ch, j,

[1]) Die entgegengesetzte Ansicht Gutzmanns und anderer Autoren halte ich nicht für richtig.

x, z) durch dasselbe hässliche Zischen ersetzt werden. In solchen Fällen würde ich notgedrungen erst eine Therapie des Stammelns vornehmen, bevor ich an die des Stotterns heranginge. Wenn es sich aber nur um eine rein ästhetische Störung handelt, so würde ich mich um diese gar nicht kümmern, sondern würde nur das Stottern behandeln und die Aufmerksamkeit des Patienten nicht in gefährlicher Weise noch mehr auf seine Sprache richten, als es ohnehin geschieht.

Ich liess also das Stammeln in diesem Falle auf sich beruhen und wandte mich sofort der Therapie des Stotterns zu.

Für die Therapie des Stotterns ist der starke Stimmwechsel, an dem der Knabe laboriert, eine unangenehme Komplikation. Die meist belegte, heisere, schwer intonierende, „überschnappende“ Stimme lenkt, ähnlich wie wir es oben bei einem Kehlkopfkatarrh sahen, die Aufmerksamkeit des Patienten in übertriebener Weise auf das Sprachgeschäft und ruft leicht die Sprechangst immer wieder von Neuem hervor. Bei der Therapie musste deshalb dieser Umstand genügend berücksichtigt werden. Ich wies daher den Knaben im Laufe der Behandlung öfter darauf hin, dass diese Stimmstörung gar nichts zu bedeuten habe; er könne das auch bei seinen Altersgenossen beobachten: es sei Stimmwechsel und nichts weiter; er solle sich dadurch weiter nicht stören lassen.

Die Therapie des Patienten verlief übrigens ohne besondere Schwierigkeiten. Nach kurzer psychischer Vorbereitung liess ich den Knaben erst singen, dann mit gedehnten Vokalen sprechen. Ich konnte schon in der ersten Stunde zu einer völlig normalen Sprache übergehen. Der Knabe beantwortete schon in der ersten Konsultation Fragen aus seinen Schulgebieten in Gegenwart von Fremden ohne zu stottern. Die Sprache war auch bei mir fast immer ganz glatt, nur bei besonders schwierigen Fragen trat leichtes Stottern auf; doch kam es niemals bei mir zu einer völligen Sprachbehinderung. Ich liess den Knaben oft vor Fremden sprechen; das Resultat war fast stets gleichmässig gut.

Allerdings behandelte ich den Knaben stets mit gleichmässiger ruhiger Freundlichkeit und schalt oder ermahnte ihn auch nicht, wenn er einmal ganz tüchtig stotterte.

Im Übrigen hatte ich versucht, aus der Umgebung des Knaben alle ungünstigen Momente auszuschalten. Ich machte die Mutter darauf aufmerksam, dass ihr bisheriges Verhalten die Sprache

offenbar verschlechtert habe; ich bat, den Knaben nicht mehr wegen des Stotterns zu monieren, im Gegenteil seine Sprache nach Möglichkeit zu loben und den Spott der Geschwister zu unterdrücken. Eine ähnliche Bitte richtete ich an den Ordinarius, den ich darauf aufmerksam machte, dass seine Beobachtung hinsichtlich des stärkeren Stotterns bei schlecht gelernten Lektionen zwar richtig sei; dass man aber aus dem stärkeren Stottern keinen Schluss auf die Unwissenheit des Patienten ziehen dürfe, da das Stottern auch durch die Angst hervorgerufen werde, unwissend und unfleissig zu erscheinen.

Da die Umgebung und die Lehrer bereitwilligst auf meine Intentionen eingingen, blieb das gute Resultat der Behandlung auch dauernd gesichert.

XIII. Der 6-jährige Knabe hat erst im Laufe des 3. Lebensjahres angefangen zu sprechen. Angeblich soll die Sprache von vorneherein stotternd gewesen sein. Der Knabe sprach immer wenig und sehr undeutlich, sodass die nächsten Angehörigen ihn meist auch nicht verstanden. Erbliche Belastung liegt nicht vor. Der Knabe litt an schwerer Rhachitis, machte öfter „Erkältungen“ durch. Vor einigen Wochen wurden die adenoiden Vegetationen herausgenommen.

Der Knabe macht einen wenig intelligenten, geistig trägen Eindruck. Er ist im Wachstum zurückgeblieben: Die Ernährung ist mangelhaft. Verkrümmte untere Extremitäten. Blasse Gesichtsfarbe. Organe gesund. Sprachorgane normal. Gehör gut. Der Knabe hält die Lippen stets leicht geöffnet. Gute Nasenatmung.

Die Untersuchung der zentralen Fähigkeiten[1]) ergiebt folgendes Resultat:

1. Akustische Sphäre:

Der Knabe hat Sprachverständnis, aber meist nur für einzelne Worte; zusammenhängende Sätze werden meist nicht verstanden. So zeigt der Knabe bei Nennung der betreffenden Worte seine Körperteile und auch Gegenstände im Zimmer. Von Sätzen versteht er folgende: „Gieb mir die Hand“. „Zeige Deine Zunge“. Dagegen kann er den Aufforderungen: „Lege das Buch auf den Tisch“, „mache die Thür auf“ nicht nach-

[1]) vgl. Liebmann: „Untersuchung und Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder“, Berlin 1898; „Vorlesungen über Sprachstörungen“, Heft 3 „Hörstummheit“, 1898, „Geistig zurückgeblieb. Kinder“, Arch. f. Kinderheilk., 1899; „Sprachstörungen geistig zurückgeblieb. Kinder“, Berlin 1901, Reuther & Reichard.

kommen; er blickt ratlos auf das Buch, den Tisch oder die Thür und weiss nicht, was er thun soll.

Bekannte Geräusche (Händeklatschen, Schlüsselklappern, Pfeifen, Gläserklingen, Thürschliessen etc.) werden der Art nach meist richtig erkannt, aber unvollkommen lokalisiert.

2. Optische Sphäre:

Der Knabe erkennt bekannte Gegenstände prompt auf isolierten Bildern. Auf grossen zusammenhängenden Bildern findet er nur schwer etwas heraus. Selbst einfache Farben werden meist verwechselt. Grössen-, Form- und Lageunterschiede werden nur unvollkommen gemacht.

3. Taktile Sphäre.

Mit verbundenen Augen erkennt der Knabe nur wenige ganz bekannte Gegenstände. Meist irrt er bedeutend.

4. Motorische Sphäre.

Der Gang des Knaben ist ungeschickt und watschelnd, doch kann er einigermassen schnell laufen. Ganz einfache turnerische Übungen, wie Arme hoch heben, rechten oder linken Fuss vorwärts stellen etc., gelingen nicht.

Die Hände sind recht ungeschickt, bringen aber wenigstens einige der allergewöhnlichsten Verrichtungen zu Stande. Dagegen können selbst ganz einfache Fröbelarbeiten nicht gemacht werden.

5. Zu spontaner Sprache

ist der Knabe recht schwer zu bewegen, teilweise aus Trägheit, teilweise wohl aus Scham wegen seiner Sprache. Die Sprache ist undeutlich (Stammeln) und stockend (Stottern). Der Patient spricht mit geöffneten Lippen und geschlossenen Zahnreihen.

Die Vokale klingen gequetscht und undeutlich. E klingt ähnlich wie i, o ähnlich wie u, au wie a. Die Laute eu und ü fehlen und werden durch u resp. i ersetzt.

Die Lippenlaute (b, p, m, f, w) fehlen in der spontanen Sprache ganz und werden entweder ausgelassen oder durch entsprechende Zahnlaute ersetzt und zwar b, p, f, w durch d bezw. t, m durch n. Von Zahnlauten sind vorhanden: d, t, l, n; es fehlen die S-Laute: ss, s, sch, die durch t ersetzt werden. Die Gaumenlaute g, k und hinteres ch sind vorhanden; das vordere ch und das j fehlt. T- und K-Laute werden in der spontanen Sprache oft verwechselt. Das uvulare r wird gut gebildet. Das h fehlt und wird ausgelassen resp. durch den Spiritus lenis ersetzt.

Der Patient wendet ausserdem nicht alle Laute, über die er verfügt, an der richtigen Stelle an. So können keine Konsonantenverbindungzn gebildet werden; es fällt dann stets der zweite Konsonant aus oder gar beide. In einer Silbe können selten 3 Laute gesprochen werden. Ferner hat der Patient das Bestreben, die Laute aufeinanderfolgender Silben zu assimilieren. Endlich macht sich öfter eine gewisse Willkürlichkeit bei der Veränderung der Worte geltend.

Der Patient äussert sich spontan nicht in zusammenhängenden Sätzen, macht auch von der Deklination oder Konjugation keinen Gebrauch. Es werden meist nur zwei oder drei Worte ohne jede Flexion nebeneinander gestellt (*Agrammatismus*).[1])

Die Sprache des Patienten ist *stotternd*. Er braucht oft einige Sekunden, bevor er ein Wort herausbringt. Oft werden die Anfangslaute eines Wortes mehrmals stotternd wiederholt, bevor das Wort herauskommt. Das Stottern ist nicht an bestimmte Laute gebunden. Absolute Sprachbehinderung kommt nicht vor. Akzessorische Bewegungen sind nicht vorhanden.

Beispiele *spontaner* Sprache:

„tu“ (stuhl), „ti“ (tisch), „da“ (baum), „ku“ (kopf), „agĭ“ (auge), „nänĭ“ (zähne), „deide“ (beine), „an“ (hand), „nut“ (mund), „tattĭ“ (backe), „at“ (bart), „ute“ (ofen), „un“ (hund), „it“ (bild), „dĭ“ (bett), „lattĭ“ (lampe), „tĭttä“ (fenster), „tin“ (schirm), „teddä“ (teller), „löttĭ“ (löffel), „kattĭ“ (katze), „tadi“ (klavier), „gutatta“ (grosspappa), „tetti“ (teppich), „duttĭ“ (mütze), „dittĭ“ (brille), „lĭ“ (licht), „a“ (haus), „duta“ (sofa), „du“ (buch), „dach“ (ach), „dittĭ“ (schippe), „ka-ĭ-annĭ“ (kaffee-kanne), „du“ (kuh), „gugĭ“ (vogel), „tu“ (thür), „ku-ĭ“ (küche), „eina“ (eimer), „didĭ“ (besen), „na“ (mann), „ra“ (frau), „di“ (pferd), „gi-e“ (gehe), „a-ĭ“ (haue), „teidĭ“ (schreibe), „allĭ“ (falle), „ĭttĭ“ (esse), „rikĭ“ (trinke).

Beim *Nachsprechen* werden folgende der genannten Worte anders gesprochen, besonders wenn man sie mehrmals scharf hintereinander vorspricht:

„tul“ (stuhl; spontan: „tu“), „tit“ (tisch; spontan: „ti“), „na“ (baum; spontan: „da“), „kuk“ (kopf; spontan: „ku“), „tackĭ“ (backe;

[1]) s. Liebmann: Agrammatismus, Arch. f. Psychiatrie 1900.

spontan: „tattĭ“), „ditt“ (bett; spontan: „dĭ“), „nuttĭ“ (mütze; spontan: „tutti“), „rille“ (brille; spontan: „ditti“), „duch“ (buch; spontan: „du“), „lalli“ (falle; spontan: „alli“).

Beim Nachsprechen tritt das Stottern weit weniger hervor als in der spontanen Sprache.

Beim Nachsprechen werden Laute und Silben in folgender Weise wiedergegeben:

„a“ (a), „u“ (u), „u“ (o), „i“ (e), „au“ (au), „ei“ (ei), „u“ (eu), „i“ (ä), „i“ (ö), „i“ (ü), „ba“ (ba), „ba“ (bu), „ba“ (bo), „pa“ (pa), „pa“ (pu), „pa“ (po), „ma“ (ma), „mu“ (mu), „mu“ (mo), „ta“ (ta), „da“ (da), „na“ (na), „la“ (la), „ba“ (wa), „pa“ (fa), „ta“ (sa), „ta“ (scha), „ka“ (ka), „ga“ (ga), „gu“ (gu), „gu“ (go), „gi“ (ge), „gi“ (ge), „ta“ (ja), „a“ (ap), „at“ (at), „a“ (am), „a“ (an), „al“ (al), „at“ (as), „ach“ (ach), „i“ (ich), „ra“ (ra), „a“ (ha), „ba“ (bla), „ka“ (kla), „ba“ (bra).

Der vorliegende Fall ist insofern sehr interessant, als wir hier Stottern auftreten sehen bei einer in lautlicher und formaler Hinsicht noch völlig unausgebildeten Sprache. Der Patient ist eine geistig träge Natur und hat recht spät sprechen gelernt. Wie viele dieser Kinder stammelt er hochgradig, d. h. er verfügt nicht über alle Laute und Lautverbindungen. Da er bis vor wenigen Wochen an adenoiden Vegetationen litt, so hat er stets den Mund offen gehalten und mit den Lippen überhaupt nicht artikuliert. Daher hat er die Lippenlaute (b, p, m, w, f) erst in der allerneuesten Zeit erlernt, sodass er sie in der spontanen Sprache überhaupt noch nicht anwendet, sondern nur beim Nachsprechen. Die schwierigen S-Laute (ss, s, sch, vorderes ch, j, x, z) fehlen gänzlich und werden durch T-Laute ersetzt. Die K-Laute sind zwar schon vorhanden, werden aber oft mit T-Lauten verwechselt. Nicht einmal über alle Vokale verfügt der Knabe: o, e, eu und ü gelingen überhaupt nicht und werden beziehungsweise durch u, i, u und i wiedergegeben; au kann nur nachgesprochen werden und kommt in der spontanen Sprache nicht vor. Auch das h kann der Patient nicht bilden. Die Undeutlichkeit der Sprache wird dadurch erhöht, dass der Knabe keine Konsonantenverbindungen (z. B. bl, pl, br) zu Stande bringt, dass er in der Silbe nicht mehr als zwei Laute sprechen kann und dass er endlich in zweisilbigen Worten die Anfangskonsonanten der Silben assimiliert.

Dass der Knabe keine richtigen Sätze bildet und weder dekliniert noch konjugiert, ist hauptsächlich eine Folge seiner Intelligenzdefekte. Wie eine Prüfung seiner zentralen Fähigkeiten ergiebt, ist sein Sprachverständnis für Sätze minimal. Farben-, Formen-, Grössen-, Raum- und Lageverhältnisse unterscheidet er nur mangelhaft. Seine taktilen und motorischen Fähigkeiten sind wenig entwickelt. Es fehlen daher dem Knaben noch eine grosse Menge von Begriffen, über die er in seinem Alter schon längst verfügen müsste. Für solche Kinder ist unsere reich gegliederte grammatisch-syntaktische Sprache nicht anwendbar, da die in dieser liegenden logischen Beziehungen ihrem mangelhaften Begriffsvermögen meistenteils unklar bleiben müssen.

Was nun die Beziehungen zwischen Stammeln und Stottern in unserem Falle betrifft, so ist beachtenswert, dass der Knabe beim Nachsprechen nicht nur deutlicher spricht, sondern dass dann auch das Stottern fast ganz verschwindet. Wenn man also dem Knaben das richtige Klangbild liefert, stottert er weniger. Ähnliches kommt bekanntlich auch bei nicht stammelnden Stotterern vor, die ja beim Nachsprechen oder beim Hersagen von auswendig gelernten Dingen wegen der grösseren Gleichmässigkeit der Sprachimpulse auch besser sprechen, die aber andrerseits sofort ins Stottern geraten, wenn Schwierigkeiten des Gedankens oder der Diktion auftreten. Ich möchte daher das Stottern in unserem Falle auf die mangelhaften Klangbilder des Patienten zurückführen. Diese rufen ein Zaudern und Zweifeln beim Sprechen und damit ungleichmässige Sprachimpulse und inkoordinierte Bewegungen hervor, die infolge gewisser Schädlichkeiten dann zum Stottern führen.

Die Komplikation des Stammelns durch das Stottern ist insofern eine recht verhängnisvolle, als so ein *Circulus vitiosus* geschaffen wird, der ohne Kunsthülfe die weitere sprachliche Entwicklung der Kinder zur vollständigen Stagnation bringt, wie es in unserem Falle geschehen ist. Während andere Kinder in diesen Jahren ausserordentlich viel sprechen und dadurch die Geschicklichkeit ihrer Sprachmuskulatur üben, ist unser Patient durch das Stottern in seinen sprachlichen Äusserungen sehr beschränkt worden; auch verhinderten die inkoordinierten Bewegungen des Stotterns, dass die Sprache lautreiner wurde. Andrerseits wurden durch das Stammeln wieder die stotternden Sprachbewegungen verstärkt. So kam es schliesslich, dass der

Patient minutenlang sich bemühte, bevor ein Wort herauskam; und wenn das Wort endlich produziert war, blieb es wegen des Stammelns meist ganz unverständlich.

Die durch das Stammeln und Stottern gesetzte hochgradige Sprachstörung hatte aber auch auf die weitere geistige Entwicklung des Knaben einen sehr ungünstigen Einfluss. Während andere Kinder durch zahlreiche Fragen an die Umgebung ihr Wissen täglich vertiefen und bereichern, blieb unserem Patienten diese Möglichkeit fast ganz verschlossen. Andere Kinder plappern den ganzen Tag über und teilen ihrer Umgebung alle die unzähligen kleinen Beobachtungen und Wahrnehmungen mit. Indem die Umgebung diese Mitteilungen ergänzt und nach Inhalt und Form korrigiert, lernt das Kind nicht nur vieles Neue, sondern wird auch in Bezug auf den sprachlichen Ausdruck und auf die grammatischen und syntaktischen Formen zurecht gewiesen. Unser Patient hingegen muss alles für sich behalten; wenn er sich auch äussert, wird er kaum verstanden. Durch diese geistige Isolierung bleibt der von Natur träge Knabe immer mehr in seiner Intelligenz und in seiner formalen Sprache zurück.

Die Therapie hatte zunächst die Aufgabe, das Stammeln des Patienten zu beseitigen, d. h. die fehlenden Laute und Lautverbindungen herzustellen und die beim Sprechen von Worten auftretenden Assimilationen zu unterdrücken. Sodann musste der Agrammatismus des Knaben beseitigt werden. Eine besondere Behandlung des Stotterns war voraussichtlich unnötig, da sich erwarten liess, dass durch Erwerbung vollkommener Klangbilder das Zweifeln und Zaudern beim Sprechen wegfallen und damit von selbst die inkoordinierten Sprachbewegungen verschwinden würden.

Die fehlenden Laute wurden auf folgende Weise ergänzt:

Das o wurde aus dem u gewonnen, indem ich den Knaben anleitete, die kleine runde Mundöffnung des u zu der grossen runden des o zu erweitern.

Das e wurde aus dem i dadurch hergeleitet, dass ich den Knaben die Zahnreihen etwas weiter auseinander nehmen liess, als beim i.

Das au konnte der Knabe sofort nachsprechen.

Um zum eu zu gelangen musste der Knabe erst ein kurzes ŏ, dann ein i sprechen; er lernte dann ohne besondere Schwierigkeiten das ŏ und i zum eu verbinden.

Das ü wurde dadurch gewonnen, dass ich den Knaben ein i sprechen liess, während ich seine Lippen zu der u-Stellung rundete.

Die Laute b, p und m machte der Knabe sofort ohne Schwierigkeit nach.

Das h brachte ich dem Knaben dadurch bei, dass ich ihn kräftig auf seine Hand bei weit geöffnetem Munde exspirieren liess.

F und w erzeugte ich leicht dadurch, dass ich die Unterlippe des Knaben an die oberen Schneidezähne legte und ihn in dieser Stellung stark exspirieren liess.

Für das sch drückte ich den Unterkiefer fest an den Oberkiefer und stülpte die Lippen rüsselförmig vor. Indem der Knabe nunmehr stark exspirieren musste, zog sich die Zunge von selbst von den unteren Zähnen zurück und es entstand das sch.

Das s machte dem Knaben recht erhebliche Schwierigkeiten, sodass ich mich begnügen musste, ihm ein gelispeltes s beizubringen. Ich liess ihn die Zungenspitze etwas aus den Zähnen herausstecken, drückte den Unterkiefer gegen die Zungenspitze und beiderseits die Backenhaut an die Spalte zwischen Ober- und Unterkiefer. Durch Exspiration in dieser Stellung entstand dann ein gelispeltes s.

Der Knabe lernte bald die Laute, die ich zunächst mit Kunsthülfe eingeübt hatte, von selbst ausführen.

Die Verbindung der neuerworbenen Laute mit anderen Lauten machte zunächst grosse Schwierigkeiten.

Es wurden zunächst die Laute b, p, d, t und h mit allen Vokalen eingeübt, also ba, bu, bo, be, bi, bau, bei, beu, bä, bö, bü; da, du, do, de . . . Die neugewonnenen Lippenlaute machten dabei weniger Schwierigkeiten, während die neuen Laute o, e, eu und ü in den Silben noch häufig misslangen und in der früheren fehlerhaften Weise widergegeben wurden.

Gestottert wurde übrigens weder beim Nachsprechen der einzelnen Laute noch der einzelnen Silben.

Ich ging nunmehr zur Einübung von Worten mit den Lauten b, p, d, t und h über. Die Worte wurden zunächst nur in Silben getrennt vorgesprochen, also „ba-de“, „bu-de“ etc.[1]) Ein Versuch, die Worte im Zusammenhang nachsprechen zu lassen, also „bade“,

[1]) Alle die geschilderten Übungen sind in meinen „Übungstafeln für Stammler etc.“, Berlin 1900, Oscar Coblentz, systematisch zusammengestellt.

„bude“ etc. misslang noch vorläufig, da immerfort Assimilationen auftraten, z. B. „babe“ (für: bade) oder „dude“ (für: bude).

Solche Assimilationen kamen besonders häufig vor, als ich noch Übungen mit den Lauten m, n, k, g hinzunahm. So sprach der Knabe für „made“: „mame“ oder „bade“, für „gatte“: „gacke“ oder datte“. Nachdem die Worte eine Zeitlang silbenweis geübt waren, verschwanden diese Assimilationen allmählich.

Es wurden dann in systematischer Weise allmählich auch die anderen Laute in die Übungen einbezogen. Grössere Schwierigkeiten machten nur die Worte mit sch und s und die Konsonantenverbindungen mit l und r (z. B. bl, pl, kl, tr, kr, schr etc.). Es würde zu weit führen, wenn ich hier im Einzelnen schildern würde, auf welche Weise alle diese Schwierigkeiten allmählich überwunden werden können; ich verweise in dieser Beziehung auf meine „Übungstafeln“ und auf meine Schrift: „Die Sprachstörungen geistig zurückgeblieb. Kinder“ (Berlin 1901, Reuther & Reichard) S. 7 ff. Genug der Knabe lernte in etwa 3 Monaten vorgesprochene Worte im Zusammenhang korrekt nachsprechen. Die spontane Sprache war nun wohl etwas deutlicher geworden, aber sie war für Fremde noch ziemlich unverständlich. Der Grund dieser Erscheinung lag offenbar darin, dass dem Knaben noch vielfach die richtigen Klangbilder fehlten. Wenn man dem Knaben das betreffende Wort vorsprach, ihm also das Klangbild gab, so konnte er das Wort lautrein und deutlich sprechen. Sollte er aber das Wort von selbst sprechen, so wusste er gewissermassen nicht genau die Vokabel und sprach daher das Wort verstümmelt aus. Auf die mangelhaften Klangbilder ist es wohl auch zurückzuführen, dass der Knabe in der spontanen Sprache noch ziemlich stark stotterte, während er beim Nachsprechen immer fliessend sprach.

In solchen Fällen hochgradigen Stammelns, wo die Besserung der spontanen Sprache auf Schwierigkeiten stösst, empfiehlt es sich, dem mangelhaften akustischen Vermögen von der optischen Seite her zu Hilfe zu kommen und den Patienten Lesen beizubringen. Nach den gewöhnlichen Methoden lernen diese Stammler das Lesen gewöhnlich nicht, weil sie konstant beim Lesen dieselben Laute wie beim Sprechen verwechseln und auch dieselben Assimilationen produzieren. In meiner Schrift über „die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder“ habe ich auf S. 22 meine Leseunterrichtsmethode ausführlich geschildert, nach der die Kinder verhältnismässig leicht lesen lernen.

Während ich dem Knaben allmählich das Lesen beibrachte, zeigte ich ihm täglich eine grosse Reihe von Bildern, nannte ihm die betreffenden Namen und liess ihn die Worte nachsprechen. Als der Knabe in etwa 5 Wochen einigermassen fliessend lesen gelernt hatte, schrieb ich auf die Rückseite jedes Bildes das betreffende Wort und liess den Knaben immer diese Worte lesen.

Beim Lesen von Worten trat, sobald der Knabe unsicher war, oft Stottern ein. Ich machte ihn jedoch gar nicht darauf aufmerksam, um ihn nicht zu beunruhigen. Als das Lesen fliessender wurde, verlor sich das Stottern ganz von selbst.

Allmählich wurde nun auch die spontane Sprache lautreiner und verständlich und auch freier vom Stottern. Aber der Knabe sprach noch meist agrammatisch, wenn er auch öfter schon wenigstens rudimentäre Flexionen brauchte und mehrere Worte zu satzähnlichen Gefügen zusammenstellte.

Für unseren Patienten war eine Befreiung von dem Agrammatismus um so wichtiger, als das Suchen nach den richtigen Flexionsformen und die vergeblichen Versuche, einen regelrechten Satz zusammenzuzimmern, immer wieder zu inkoordinierten Sprachbewegungen und damit zum Stottern führten.

Schliesslich aber sollte der Knabe auch bald die Schule besuchen und musste schon deswegen im Stande sein, sich in richtigen Sätzen auszudrücken.

Wie ich in den oben genannten Arbeiten bewiesen habe, beruht der Agrammatismus auf dem Fehlen vieler Begriffe, wie es ja auch die Untersuchung unseres Patienten ergeben hat. Zur Beseitigung des Agrammatismus sprach ich daher dem Knaben in methodischer Weise eine Anzahl von Sätzen[1]) vor, die ich mit Demonstrationen *in natura* oder *in effigie* begleitete. Da die Sätze zunächst nicht im Zusammenhang wiederholt werden konnten, musste Wort für Wort nachgesprochen werden. Ich schrieb dann dem Knaben alle die Sätze auch auf und liess sie lesen.

Auf diese Weise lernte der Knabe eine Menge neuer Begriffe kennen und einen Gedanken in korrekter grammatisch- syntaktischer Form ausdrücken.

Um dem Knaben das Erzählen zusammenhängender Geschichten beizubringen, schrieb ich ihm kleine Lesestücke auf an der Hand

[1]) vgl. meine „Übungstafeln“ S. 41 ff.

der oben beschriebenen Serienbilder. Zu jedem Bilde wurden ein oder zwei kurze Sätze aufgeschrieben und gelesen. Der Knabe musste dann versuchen die Sätze aus dem Kopfe zu wiederholen.

Als der Knabe nach 6-monatlicher Behandlung entlassen wurde, sprach er durchaus verständlich, wenn auch bei schwierigeren Worten noch mitunter Auslassung oder Verwechslung von Lauten vorkam. Auch der Agrammatismus war bis auf hin und wieder vorkommende Fehler des Satzbaues oder der Flexionen beseitigt. Das Stottern war fast ganz verschwunden und trat nur selten auf bei besonderen lautlichen oder formalen Schwierigkeiten.

Der Knabe besuchte dann die Schule und kam mit seiner Sprache ganz gut zurecht. Als ich ihn nach 3 Jahren gelegentlich wiedersah, war von der früheren Sprachstörung nichts mehr zu bemerken.

XIV. Der $3^3/_4$-jährige Knabe lernte erst vor einem Jahre sprechen. Die Sprache soll von Anfang an stotternd gewesen sein. Der Knabe hat keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Er spricht ziemlich viel, wird aber selbst von seinen Angehörigen schwer verstanden. Er macht einen ziemlich intelligenten Eindruck.

Die Untersuchung ergiebt Folgendes: Kräftiger, gut genährter Knabe. Organe gesund. Sprachorgane normal. Gehör gut. Sprachverständnis für Worte und Sätze vorhanden. Der Knabe erkennt Gegenstände auch auf grossen zusammenhängenden Darstellungen. Einfache Formen (Dreieck, Kreuz, Kreis, Viereck) und Farben werden oft richtig erkannt. Dagegen Raum- und Lageunterschiede meist verwechselt. Mit dem Tastsinn werden manche Gegenstände herausgefunden. Der Gang und die Hände sind nicht gerade ungeschickt. Die Sprache ist auffallend langsam. Sie ist schwer verständlich und stotternd. Das Stottern geht niemals bis zur Sprachhemmung, sondern besteht wesentlich in mehrmaliger Wiederholung der oft verstümmelten ersten Silbe. Sprechangst oder Lautfurcht sind nicht vorhanden.

Sprachprobe (spontane Rede):

wewewewebe (Säge),
dododododund (Hund),
mumümümümüminne (Kaffemühle),
babababababame (Dame),
lalalalat (Plätteisen),
bababababatt (Bett),
schuschuschuschu (Schuh),
weiba (Silber),
zazazazaun (Zaun),

bababababamm (Kamm),
fefefefed (Pferd),
dududutdu (Kuh),
rarararararad (Rad),
fafawafafeime (Scheibe),
fifiwefifiwesch (Fisch),
dodododone (Krone),
dedesesehne (Schere),
sasasasasaseidel (Seidel),
dododomememene (Komode),
babababababeil (Beil),
bebebebefefebebeb (Gewehr),
tititititisch (Tisch),
bebebebebewahn (Pferdebahn),
lalalalaleita (Leiter),
fefefefeppe (Schippe),
fafafafau (Frau),
bobobobobommel (Trommel),
fafafafafass (Fass),
mememememamamamm (Schneemann),
bebebebese (Besen),
mümimümühle (Mühle),
wawawawawawade (Wage),
babababe (Gabel),
jüjüjühe (Schlüssel),
bebewebewebel (Säbel),
bababaffe (Kaffekanne),
bibibine (Spiegel),
dadadadas (Glas),
hehehehesch (Hirsch),
mememeche (Mädchen),
hohohohund (Hund),
vovovovode (Vogel),
dadalalalanne (Schlange),
bababad (Blatt),
herurute (Rute),
eeeeeeee (Ähre).

Zum Sprechen von Sätzen ist der Knabe nur sehr schwer zu bewegen. Es konnten daher nur die drei folgenden notiert werden:

das das na he he hund (Das ist ein Stuhl).
das das u u uhr (Das ist eine Uhr).
da da deich dededehn (Ich möchte gleich gehen).

Beim Nachsprechen von Worten tritt das Stammeln mehr zurück, verschwindet aber keineswegs ganz. Viele Worte werden verständlicher, viele bleiben aber noch unverständlich. Auch das Stottern ist beim Nachsprechen von Worten bedeutend geringer, aber immer noch vorhanden.

Beim Nachsprechen von Silben stottert der Knabe gar nicht. Auch das Stammeln verschwindet hierbei fast ganz mit Ausnahme des g und k, die der Knabe nicht bilden kann und durch d und t ersetzt.

Der Fall stellt eine recht merkwürdige Kombination von Stottern und Stammeln dar. Beide Störungen werden beim Nachsprechen von Worten geringer. Das scheint mir auch hier darauf zu deuten, dass das Stottern in diesem Falle auf der Unvollkommenheit der Klangbilder beruht, zu der dann als ferneres



ätiologisches Moment eine der schon mehrfach gekennzeichneten Schädlichkeiten tritt.

Was zunächst das Stammeln des Patienten betrifft, so kommen in der spontanen Sprache alle Laute vor mit Ausnahme des g und k, die der Patient auch nicht nachsprechen kann und bald durch T-Laute, bald durch P-Laute ersetzt. Der Knabe gebraucht aber die Laute, die er bilden kann, nicht immer an der richtigen Stelle. So wird gesprochen: für u: o oder e, für e: a, für i: ei oder e, für ü: i, für s: w, für h: d, für d: b, für sch: f oder d, für b: m oder w, für r: n, für w: f oder b, für t: b, für schl: j, für bl: b, für pl: l, für tr: b, für schn: m, für fr: f, für kr: d. Häufig lassen sich diese Lautvertauschungen bei dem Knaben auf bestimmte Assimilationsgesetze zurückführen, z. B. „bame" (Dame), wo der Lippenlaut m den Zahnlaut d in den Lippenlaut b verwandelt; ähnlich entstehen die Worte „feppe" (Schippe), „mamm" (Mann), „webel" (Säbel). In vielen Fällen aber sucht man vergebens nach irgend einem Gesetz; der Knabe gestaltet dann die Worte in ganz willkürlicher Weise um, z. B. „sehne" (Schere), „feime" (Scheibe), „biene" (Spiegel), „febeb" (Gewehr).

Das Stottern des Patienten zeigt recht eigentümliche Züge. Dass eine vollkommene Sprachhemmung nicht eintritt, beruht offenbar auf dem Mangel psychischer Erscheinungen. Erst die Sprechangst und die Lautfurcht erzeugen hochgradigere Koordinationsstörungen und die willkürlichen Übertreibungen des konsonantischen Elementes der Sprache, so dass ein Wort überhaupt nicht herauskommt. Unser Patient verlängert nicht den Anfangskonsonanten (sog. tonisches Stottern), sondern wiederholt ihn mehrmals hintereinander (sog. klonisches Stottern). Während aber gewöhnlich beim sog. klonischen Stottern immer mit dem Laut ĕ gestottert wird, ganz unabhängig von dem Vokal der ersten Silbe, z. B. „bebebebade", fügt unser Patient zu dem Anfangskonsonanten meist noch den Vokal der ersten Silbe hinzu, z. B. „babababababamm" (Kamm), „bobobobobommel" (Trommel), „dududutdu" (Kuh). Bei Diphthongen wird nur der erste Laut in die gestotterte Silbe aufgenommen, z. B. „fafafafau" (Frau), „fafawafafeime" (Scheibe)[1]), „lalalalaleita" (Leiter). Bisweilen enthalten die gestotterten Silben mehrere ähnliche Vokale, z. B. „dododododund"

[1]) Der Diphthong ei wird von uns ai gesprochen.

(Hund), „mumümümümüminne" (Kaffemühle), „fifiwefifiwesch" (Fisch). Mitunter ist in der gestotterten Silbe auch ein ganz fremder Vokal vorhanden, z. B. „hehehund". Meist wird dieselbe Silbe vier- bis fünfmal hintereinander gestottert, z. B. „bebebebese" (Besen), „babababababeil" (Beil), „bebebebebewahn" (Pferdebahn), „rarararararad" (Rad). Bisweilen werden die gestotterten Silben variiert, z. B. „bebewebewebel" (Säbel), „fifiwefifiwesch" (Fisch). Mitunter werden auch zwei Silben des Wortes gestottert, z. B. „dododomememene" (Komode), „mememememamamamm" (Schneemann).

Der Fall trat nicht in Behandlung ein, da die Eltern sich wie so oft mit dem Resultat begnügten, dass „keine organische Störung" vorliege. Sie hielten den Knaben auch für zu jung und wollten warten, ob die Sprache sich nicht von selbst bessere.

Nach meiner Ansicht sollte man in einem so exorbitanten Falle nicht mit der Therapie warten. Bei diesen Komplikationen von Stottern und Stammeln kann man auf eine spontane Besserung in absehbarer Zeit kaum rechnen. Es lässt sich im Gegenteil mit ziemlicher Sicherheit voraussagen, dass das Stottern sich bald durch das Hinzutreten der bekannten psychischen Symptome sehr verschlimmern und dass dadurch eine weitere lautliche und formale Ausbildung der Sprache verhindert werden wird. Der Knabe laboriert jetzt noch an hochgradigem Agrammatismus, den er in seinem Alter schon längst überwunden haben müsste. Eine Beseitigung dieses Agrammatismus ist aber vorläufig gar nicht möglich, da das Stammeln dem Knaben die zur Flexion nötige feine Differenzierung der Deklinations- und Konjugationsformen verbietet. Man vergegenwärtige sich aber, dass durch die Ausbildung der formalen Sprache auch die logischen Fähigkeiten des Individuums wachsen. Bei unserem Patienten muss also ohne Kunsthülfe notwendiger Weise eine Stagnation der geistigen Entwicklung eintreten und zwar um so eher, als seine komplizierte Sprachstörung den geistigen Verkehr mit der Umgebung hemmt und ihm die Belehrung von Seiten der Umgebung zum grossen Teil verschliesst. Ferner ist nicht zu übersehen, dass auf die Dauer das leicht verwundbare kindliche Gemüt durch die Behinderung des mündlichen Ausdrucks schwer deprimiert wird. Endlich leiden alle Aufgaben der Erziehung unter einer so hochgradigen Sprachstörung. Diese Kinder sind schliesslich gar nicht mehr zu lenken, sie werden eigenwillig und jähzornig

und sind später einer rationellen Therapie sehr schwer zugänglich.

Die Therapie wäre in diesem Falle nicht besonders schwierig. Man würde zunächst die Laute k und g einüben, indem man bei Fixierung der Zungenspitze den Knaben ein t resp. d machen lässt, wobei von selbst k resp. g entstehen. Sodann müssten nach den „Übungstafeln" systematisch die Worte in Silben zerlegt vorgesprochen werden, bis sie der Knabe im Zusammenhang nachsprechen kann. Dann würde durch die oben beschriebenen Übungen der Agrammatismus und die noch bestehenden Intelligenzdefekte beseitigt werden. Auch das Stottern würde durch diese Behandlung bald verschwinden.

XV. Das 5-jährige Mädchen begann erst am Ende des 2. Lebensjahres zu sprechen. Die Sprache war immer sehr schwer verständlich und seit ca. 1½ Jahren stotternd. Das Kind war immer körperlich und geistig träge und sprach nicht allzuviel.

Die Untersuchung ergiebt: Kräftiges, gut genährtes Kind. Organe gesund, Sprachorgane normal. Keine Adenoide. Gutes Gehör. Die Sprache ist auffallend langsam und stockend und schwer verständlich. Stottern und Stammeln. Agrammatismus. Häufiges Versprechen.

Sprachprobe[1]) (spontane Sprache):

„Uhr is eine Wand ist Uhr" (Die Uhr hängt an der Wand).
„W—awasser i—is eine Wanne" (Wasser ist in der Wanne).
„K—okokorb pepetatatoffel" (In dem Korb sind Kartoffeln).
„Schoschoschoschotein tomm rau raus" (Aus dem Schornstein kommt Rauch heraus).
„J—unne piel B—aby hau Junne" (Der Junge und das Baby spielen mit dem Haus).
„B—ebebu is ei mäche" (Das Mädchen hat ein Buch).
„V—ater i—is eis lesebu" (Der Vater liest in dem Buch).
„U—uhr is eine schöne da" (Da ist eine schöne Uhr).
„D—das is eine fage" (Ich bin hergefahren).
„Fififische katsche maus" (Die Katze frisst eine Maus).
„Tretrekröchin kokokoffel" (Die Köchin schält Kartoffeln).
„S wo wo bababau" (Wo ist der Hund).
„I—ch ich e—ess gegern kuhe" (Ich esse gern Kuchen).

[1]) Die Gedankenstriche hinter einem Konsonanten bedeuten, dass der betreffende Laut mühsam stotternd hervorgebracht wurde.

„Ich hab K—affe getrunk" (Ich habe Kaffee getrunken).
„Habes du hand eine Uhr" (Du hast eine Uhr in der Hand).
„Grovater bbbubusch" (Grossvater liest in dem Buch).
„Bebebett schläf schön" (In dem Bett schläft man schön).
„V—ater sin aans Sofa" (Der Vater sitzt auf dem Sofa).
„Bebebebelampe is eine dedette" (Die Lampe hängt an der Decke).
„Pipetzpipipmatz is ei bauer" (Der Vogel ist in dem Bauer).
„Mäche schschpiele schöner Mmusike mit" (Das Mädchen spielt schöne Musik — spielt Klavier).
„G—egege soso so sarei" (Da gehen Hosen rein — Kleiderschrank).
„I—is se wowowaschtisch" (Das ist ein Waschtisch).
„Gegagakk kaprei schuhe" (Da kommen Schuhe rein — Komode).
„Dusch tu dusch tu schtuschtuhe" (Das ist ein Stuhl).
„Safesassaschafe ist sofa" (Zum Schlafen ist das Sofa).
„Weg wawawawasser p—uttche hühnche ess" (Die Putthühnchen „essen" Wasser).
„Frififritscher is schnrell rau geschrei" (Der Kutscher ist schnell aufgestiegen).
„Schokesch lei e peischesche" (Der Kutscher hat Leine und Peitsche).
„Eche schleer schle schlei fenscher isch schlei" (An der Ecke das Fenster ist geschlossen).
„Schschschrimi—isch schlei" (Der Schirm ist geschlossen).
„Gogogego morge wieder" (Ich komme morgen wieder).
„A A A ein Dames Mmmann wauwauwau gehe" (Eine Dame geht mit einem Mann und mit einem Hund).
„Haus e e e krache" (Auf dem Hause steht eine Fahne).
„Babababababaubau bei s Lampe" (Der Hund steht an der Laterne).
„Aaaein vosis" (Das ist ein Vogel).
„Da da das is Slo un Sto" (Das sind Soldaten mit Stöcken, d. h. Gewehren).
„Has ein po bibilder" (Du hast ein paar Bilder).
„A—as bilder sei" (Das sind Bilder).
„Mmmann fich ab" (Der Mann fegt ab).
„Has a has aaeie schschöne brubruder" (Ich habe einen schönen Bruder).
„Mmmeine E—else" (Meine Schwester heisst Else).
„E e e e ssu" (Die Uhr ist zu).
„Hab ei w—wester" (Ich habe eine Schwester).

Wenn man die Kleine Sätze nachsprechen lässt, so ist das Stottern auch nicht geringer als in der spontanen Sprache.



Dagegen verschwindet das Stottern beim Nachsprechen von Worten.

Das Stammeln bleibt auch beim Nachsprechen von Worten bis zu einem gewissen Grade bestehen. Die Patientin sagt selbst einfache Worte zunächst oft falsch nach und zwar mit ganz willkürlichen Veränderungen. Nach mehrmaliger Wiederholung werden dann einfachere Worte stets korrekt nachgesprochen. Nur schwierigere Worte mit Konsonantenanhäufungen oder klompliziertere Flexionsformen kann die Kleine auch bei mehrmaligen Wiederholungen nicht wiedergeben.

Sprachprobe.

(Die Worte sind nachgesprochen.)

„babe“ (bade),
„ute“ (bude),
„ote“ (bode),
„baute“ (baude),
„beinte“ (beide),
„bete“ (bete),
„bicke“ (bitte),
„iete“ (biete),
„beute“ (beute),
„ate“ (pate),
„ute“ (pute),
„diebe“ (diebe),
„tappte“ „pappe“ } (tappe),
„tippte“ „titte“ } (tippe),
„tute“ (tobe),
„taube“ (taube),
„pappa“ (pappa),
„puppe“ (puppe),
„baba“ (baba),
„ube“ „ucke“ } (bube),
„tute“ (tute),
„tote“ (tote),
„dabe“ „abe“ } (habe),
„pebe“ (hebe),
„hiebe“ (hiebe),
„haube“ (haube),
„hatte“ (hatte),
„tüte“ (hüte),
„heute“ (heute),
„pappa“ (mamma)
„mappe“ (mappe),
„made“ (made),
„gode“ „bode“ } (mode),
„müde“ (müde)
„meide“ (meide),
„matte“ (matte),
„motte“ (motte),
„mitte“ (mitte),
„bitte“ (miete),
„müde“ „müge“ } (mühe),
„bäute“ „bräume“ } (bäume),
„gabe“ „dabe“ } (dame),
„dumme“ (dumme),
„pämme“ (dämme),
„dome“ (dome),
„nippe“ (nippe),

„tute“ (nute),
„niete“ (niete),
„nahe“ (nahe),
„dame“
„bade“ } (bahne),
„bame“
„bode“ (bohne),
„biede“ (biene),
„beide“ (beine),
„diene“ (diene),
„deine“ (deine),
„dünne“ (dünne),
„tappe“ (tanne),
„tomme“ (tonne),
„tenne“ (tenne),
„dame“
„date“ } (hahne),
„anne“
„hote“ (hohne),
„abe“ (hähne),
„batte“ (backe),
„bocke“ (bocke),
„bücke“ (bücke),
„hippe“
„lippe“ } (böcke),
„ocke“ (pocke),
„gauke“ (pauke),
„pieke“ (pieke),
„packe“
„happe“ } (hacke),
„hecke“ (hecke),
„bocke“ (hocke),
„bücke“ (mücke),
„mecke“
„metke“ } (necke),
„mücke“
„icke“ } (nicke),
„dappe“
„tappe“ } (kappe),
„kippe“ (kippe),
„puppe“ (puppe),
„koppe“ (koppe),
„kühe“ (kühe),
„komme“ (komme),
„kämme“ (kämme),
„käme“ (käme),
„keibe“
„deime“ } (keime),
„kieme“ (kieme),
„dame“ (kahne),
„kämme“ (kenne),
„keine“ (keine),
„biete“ (biege),
„beuge“ (beuge),
„gege“ (hege),
„möge“ (möge),
„deige“ (neige),
„nabe“ (gabe),
„gebe“ (gebe),
„gene“
„gege“ } (gehe),
„gemme“ (gemme),
„gähme“ (gähne),
„affe“ (affe),
„tade“
„hade“ } (fade),
„ette“
„dette“ } (fette),
„heige“ (feige),
„debe“
„bebe“ } (webe),
„watte“ (watte),
„nabe“ (labe),
„lobe“ (lobe),
„lene“ (lebe),
„backe“ (balle),
„alle“ (halle),
„brau“ (blau),
„tatte“
„hatte“ } (platte),



„ippe“ (klippe),
„hatte“ (flotte),
„ja“ (ja),
„rabe“ (rabe),
„i“ (ich),
„da“ (dach),
„ieb“ (giebt),
„batt“ (backt),
„tit“ (tisch),
„ische“ }
„mische“ } wische),
„une“ (schule),
„otte“ (spotte),
„tuhl“ (stuhl),
„mette“ (schmecke),
„eile“ (schmeide),
„das“ (das),
„ette“ (esse),
„is“ (ist),
„matz“ (max),
„tiede“ (ziehe),
„bame“ (base),
„höde“ (böse),
„leise“ (leise),
„bro“ (brot),
„kreie“ (schreie),
„krasse“ (strasse),
„hänne“ (hänge).

Einzelne Silben werden fast stets sofort korrekt nachgesprochen.

Die Sprache der Patientin ist eine Kombination von Stottern und Stammeln, kompliziert durch eigenartiges „Versprechen“ und Agrammatismus.

Was zunächst das Stammeln der kleinen Patientin betrifft, so verfügt sie über alle Laute, mit Ausnahme des Lautes ng (z. B. im Worte „hänge“). Auch bringt sie alle Lautverbindungen zu Stande mit Ausnahme mancher schwierigen Konsonantenverbindungen.

Die Patientin wendet aber die Laute und Lautverbindungen, die sie ganz gut bilden kann, weder in der spontanen Sprache noch zunächst beim Nachsprechen an der richtigen Stelle an. Meist bequemt sie sich erst nach mehrmaligem Vorsprechen die Worte richtig zu wiederholen. Im allgemeinen werden die Laute geradezu *promiscue* gebraucht. So wird gesprochen für d: t, b, g, p, l, s; für t: k, n, sch; für b: k, d, h, l, n; für o: u; für a: ö; für h: b, d, t, g, p, n, s; für m: b, p, g, t; für n: t, m, d, p, b; für ö: i; für p: g, t; für i: ü, ei; für k: d, g, f, t, p, ch; für g: t, n, s, ch; für f: t, h, k; für w: d, b; für l: n, r; für sch: t, k; für ss: t, sch; für s: d, m; für r: g; für z: sch; für ch: h.

Ferner lässt die Kleine häufig ohne ersichtlichen Grund Laute aus, die sie ganz gut bilden kann. So sagt sie „ude“ (bude), „ate“ (pate), „abe“ (habe), „icke“ (nicke), „ette“ (fette), „une“ (schule) etc.

Ausserdem werden häufig Laute eingeschoben die das Wort noch komplizierter machen, z. B. „beinte" (beide), „tappte" (tappe), „bräume" (bäume), „metke" (necke) etc.

Häufig beruht die Verbildung der Worte bei der Patientin auf Assimilationen z. B. „babe" (bade), wo der Lippenlaut b den nachfolgenden Zahnlaut d ebenfalls in einen Lippenlaut verwandelt. Eine ähnliche Assimilation liegt vor bei „pappe" (tappe), „pebe" (hebe), „tüte" (hüte). In dem Worte „gode" (mode) hat der Verschlusslaut d den Nasenlaut m ebenfalls in einen Verschlusslaut umgewandelt; ähnlich liegt die Sache in „bäute" (bäume), „tute" (nute), „bode" (bohne), „dabe" (dame).

Sehr oft hingegen verfährt die Patientin völlig willkürlich und setzt alle möglichen Laute für einander ein, wie es ihr gerade in den Kopf kommt z. B. „gabe" (dame), „ucke" (bube), „äbe" (hähne), „date" (hahne), „gene" (gehe), „mische" (wische), „krache" (fahne), „geschrei" (gestiegen), „schokesch" (kutscher), „frififritscher" (kutscher), „schleer" oder „schlei" (geschlossen), „po" (paar).

Das **Stammeln** wird in diesem Falle noch kompliziert durch ein häufiges „Versprechen", wie man es sonst nur bei der hastigen Sprache der Polterer findet, während unsere Patientin gerade abnorm langsam spricht. Beispiele: „Pipetzpipipmatz", wo die Patientin für „piepmatz": „petzmatz" sagt, also eine Antizipation des tz vorliegt; ähnlich entsteht aus: „das (ist ein) schtuhl": „dusch tu schtuschtuhl" (Antizipation des usch); Bei der Entstehung des sonderbaren Wortes „frififritscher" (kutscher) scheinen das f und ie aus dem nachfolgenden Worte „aufgestiegen" mitgewirkt zu haben; auch dies würde eine Antizipation sein.

Auch Nachklänge finden sich hier z. B. „schnrell **r**au geschrei", (schnell rauf gestiegen), wo das r von „**r**auf" in dem Worte „gestiegen" („gesch**r**ei") wiederkehrt; ähnlich ist entstanden: „G-egege **s**oso **s**o **s**arein" (Gehen hosen darein), wo das s von „ho**s**en in „**s**arein" (**d**arein), noch einmal wiederkehrt.

Im Übrigen ist es schwer das „Versprechen", wie es doch sonst möglich ist, auf bestimmte Gesetze zurückzuführen. Auch hier herrscht bei unserer Patientin meist völlige Regellosigkeit.

Die Sprache der Patientin wird nur noch unverständlicher durch ihren eigentümlichen Agrammatismus. Es sind Ansätze zur Flexion und zur Satzbildung verhanden, häufig werden aber auch noch die Worte ohne Flexion und ohne syntaktischen Zusammenhang aneinandergereiht. Das Verbum wird häufig

ausgelassen. Z. B. „Grovater bbbubusch" (Grossvater liest in dem Buch). Sehr gern setzt die Kleine für alle möglichen Verba die Copula „ist" ein, z. B: „Uhr is eine Wand ist Uhr." (Die Uhr hängt an der Wand); „Vater i-is eis lese-bu" (Der Vater liest ein Lesebuch); b-bebu is ei mäche" (Das Mädchen hat ein Buch). Oft wird das Verbum gar nicht flektiert: „tomm" (kommt), „piel" (spielen), „fififische" (frisst), „ess" (essen), „gehe" (gehen) etc. Nicht selten kommen verstümmelte Verbalformen vor: „gekrunk" (getrunken), „habes" (hast), „sin" (sitzt), „geschrei" (gestiegen), „schlei" (geschlossen), „fich" (fegt), „has" (hast), „sei" (sind), „has" (habe).

Von Substantiven werden meist Nominativformen im *Singularis* gebraucht. Alle übrigen Formen, wenn sie nicht zufällig mit dem *Nominativus singularis* gleichlauten, werden vermisst.

Auffallend ist das stete Fortbleiben des bestimmten Artikels und der Präpositionen, z. B. „W-awasser i-is eine Wanne" (Wasser ist in der Wanne), „schoschoschoschotein tomm rau raus" (Aus dem Schornstein kommt Rauch raus), „bebebebe lampe is eine dedette" (Die Lampe hängt an der Decke), „haus e e e krache" (Auf dem Hause steht eine Fahne), „bebebu is ei mäche" (Das Mädchen hat ein Buch), „fififische katsche maus" (Die Katze frisst eine Maus).

Oft ist die Satzstellung eine falsche: „Habes du hand eine uhr" (Du hast eine Uhr in der Hand), „mäche schschpiele schöner Mmusike mit" (Das Mädchen spielt schöne Musik).

Um die Sprachverwirrung vollständig zu machen, stottert die Patientin auch noch und zwar zum Teil in recht ungewöhnlicher Weise. Es kommt sog. tonisches Stottern vor, d. h. langes Verweilen auf einem Anfangskonsonanten und zwar sowohl bei Verschlusslauten[1]) als bei Reibungs- und Nasenlauten. Ausserdem findet sich bei der Patientin oft sog. klonisches Stottern, d. h. Wiederholen des Anfangslautes mit einem dumpfen e. Häufig wird dieses dumpfe e durch den Vokal der betreffenden Silbe ersetzt, z. B. „schoschoschoschotein" (Schornstein), „fififische" (frist), „kokokoffel" (Kartoffel), „wawawawasser" (Wasser); meistens tritt auch ein fremder Vokal ein, z. B. „wowowaschtisch" (Waschtisch) oder

[1]) Zu den Verschlusslauten gehört auch, wie bereits erwähnt, der sog. Spiritus lenis, der Verschlusslaut der Stimmbänder, der die in der Schrift mit einem Vokal anlautenden Worte beginnt.

auch ganz fremde Silben, z. B. „gegagakk“ (Kommen), „pepetatoffel“ (Kartoffel).

Bis zur völligen Sprachbehinderung geht das Stottern nicht, weil hochgradigere psychische Erscheinungen (Angst etc.) fehlen.

Der gesamten eigentümlichen Sprachstörung der kleinen Patientin liegt offenbar ihr träges unaufmerksames Wesen zu Grunde. Diese hochgradige Unaufmerksamkeit erstreckt sich hauptsächlich auf das akustische Gebiet. Charakteristisch dafür ist die eigentümliche Erscheinung, dass die Kleine fast alle Worte, die sie durch schwerstes Stammeln verstümmelt, ganz korrekt nachsprechen kann, wenn man ihr die Worte mehrmals hintereinander vorspricht. Es fehlen der Patientin offenbar die richtigen Klangbilder.

Die nächste Folge des Stammelns ist die Hemmung der geistigen Entwicklung. Die an sich schon wenig intelligente Patientin wird durch ihre unverständliche Sprache von der Umgebung geistig isoliert und bleibt einer Belehrung fast unzugänglich.

Eine weitere Ausbildung der formalen Sprache kann nicht stattfinden, einmal wegen des Zurückbleibens der geistigen Fähigkeiten, andererseits wegen des hochgradigen Stammelns, das das richtige Flektieren der Worte unmöglich macht.

Das häufige „Versprechen“ der Kleinen beruht ebenfalls auf den mangelhaften Klangbildern. Während gewöhnlich das Versprechen die Folge einer zu hastigen Redeweise ist und beim langsamen Sprechen verschwindet, verspricht sich unsere Patientin immerfort trotz ihres auffallend langsamen Redetempos, weil sie die Worte noch nicht genau kennt Die Silben und Laute eines Wortes bilden bei ihr noch kein festverbundenes organisches Ganzes, sondern lösen sich noch leicht von einander ab und wirbeln gewissermassen mit den Bestandteilen anderer Worte durcheinander. Es ist für das „Versprechen“ der Patientin charakteristisch, dass sich nicht so bestimmte Gesetze des Versprechens bei ihr aufzeigen lassen, wie es sonst möglich ist. Während sonst beim Versprechen immer nur gleichwertige Laute vertauscht werden (z. B. Anfangs- oder Endkonsonanten oder betonte Vokale), geschieht bei unserer Patientin der Ersatz der Laute meist in regelloser Weise.

Eine solche stammelnde, agrammatische, durch häufiges Versprechen zerstückelte Sprache führte notwendiger Weise zu ungleichmässigen Sprachimpulsen und zu inkoordinierten Bewegungen,

die dann auf Grund der genannten Schädlichkeiten schliesslich Stottern zur Folge hatten. Dass das Stottern der Patientin so ganz eigentümliche Formen annimmt, beruht auf der hochgradigen Unvollkommenheit ihrer Klangbilder.

Trotz der ausserordentlichen Komplikation der Sprachstörung war die Behandlung der Patientin nicht besonders schwierig.

Sie wurde zunächst gewöhnt, nach den „Übungstafeln" in systematischer Weise vorgesprochene Worte korrekt nachzusprechen. Sodann wurden ihr einzelne Gegenstände, Thätigkeiten und Eigenschaften demonstriert und dazu die betreffenden Worte genannt. So kam die Patientin allmählich zu richtigen Klangbildern. Es wurden dann Sätze geübt, deren Inhalt jedesmal demonstriert wurde. Zuerst wurde jeder Satz Wort für Wort nachgesprochen, später im Zusammenhang wiederholt. Allmählich ging ich dann an der Hand von Bildern zur freien Rede über. Schliesslich musste die Kleine nach Serienbildern kleine Geschichten erzählen.

Auf diese Weise kam das Kind in 6 Monaten zu einer lautlich reinen, fliessenden Sprache, die frei war vom Agrammatismus und von dem sonderbaren Versprechen.

Auch die geistige Entwicklung der Patientin war durch die Demonstrationen und die logische Schulung einer grammatischen Redeweise bedeutend gefördert worden.



4. **Die Ideenassoziation des Kindes.** II. Abhandlung von *Prof. Dr. Th. Ziehen.* M. 1.60.
5. **Herbarts Psychologie.** Das Verhältnis der Herbart'schen Psychologie zur physiologisch-experimentellen Psychologie von *Prof. Dr. Th. Ziehen.* M. 1.30.
6. **Sprachunterricht.** Kritische Untersuchungen über Denken, Sprechen und Sprachunterricht von *Priv.-Dozent Dr. Aug. Messer.* M. 1.25.
7. **Rechenunterricht.** Die Zahl im grundlegenden Rechenunterricht. Entstehung, Entwickelung und Veranschaulichung derselben unter Bezugnahme auf die physiologische Psychologie von *Lehrer G. Schneider.* M. 1.60.

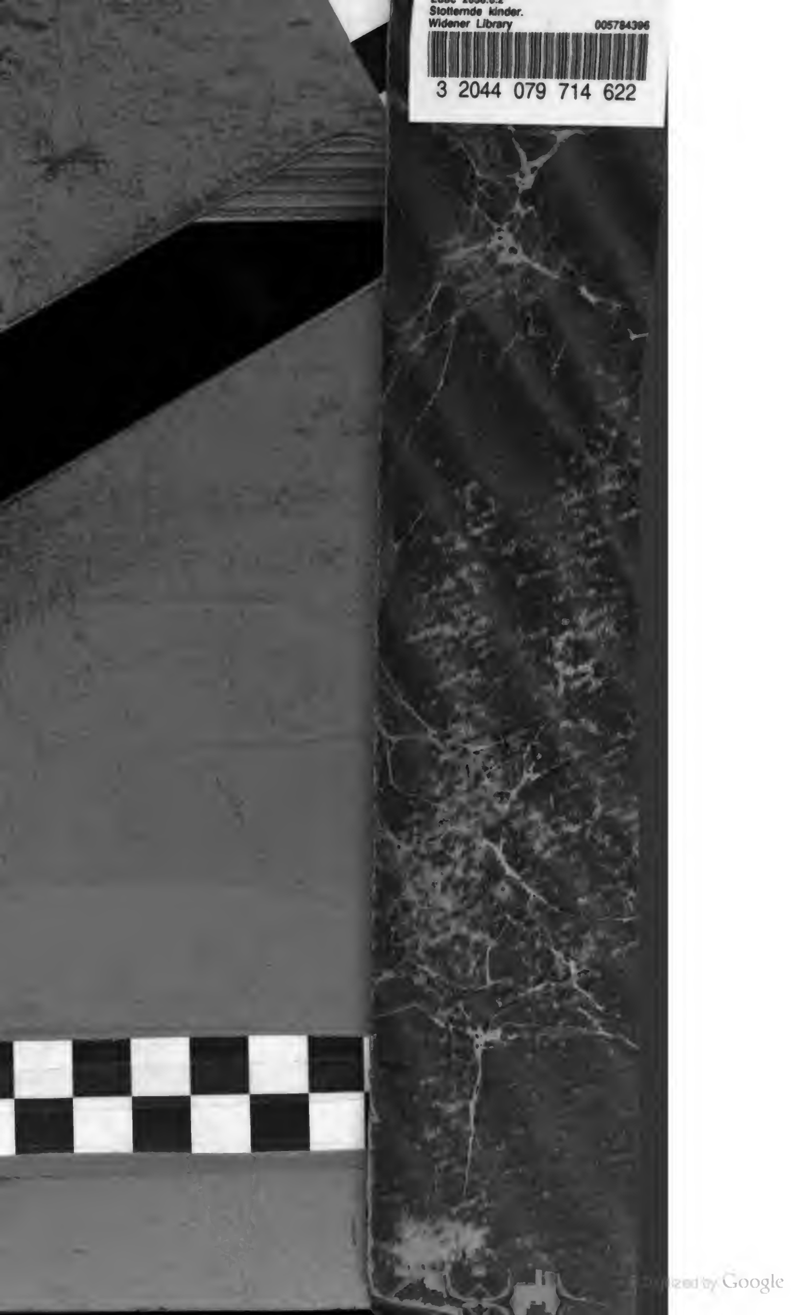
Band IV:

1. **Deutscher Aufsatz.** Der Aufsatz in der Muttersprache. Eine pädag.-psychol. Studie von *Prof. Dr. H. Schiller.* I. Die Anfänge d. Aufsatzes im 3. Schuljahre. M. 1.50.
2. **Kieler Erlass.** Die neueste Wendung im preuss. Schulstreite u. d. Gymnasium. Eine Beleuchtung der Gymnasialfrage vom Standpunkte der pädag. Psychologie u. Sozialpädagogik. I. Der Kieler Erlass vom 26. November 1900 Von *Prof. F. Hornemann.* M. 1.60.
3. **Sprachstörungen** geistig zurückgebliebener Kinder von prakt. Arzt *Dr. med. A. Liebmann.* M. 1.80.
4. **Pflanzenkenntnis.** Die Entwickelung der Pflanzenkenntnis beim Kinde und bei Völkern. Mit 14 Kinderzeichnungen. Von *Dr. phil. W. Ament.* M. 1.80.
5. **Schwerhörige Kinder.** Psych. Entwickel. u. pädag. Behandlung schwerhöriger Kinder von *Karl Brauckmann.* M. 2.—.
6. **Sprachunterricht.** Ueber Sprach- und Sachvorstellungen. Ein Beitrag zur Methodik d. Sprachunterrichts von *Hauptlehrer O. Ganzmann.* M. 1.80.

Band V:

1. **Die Geisteskrankheiten** des Kindesalters. Mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters von *Professor Dr. Th. Ziehen.* I. Heft. M. 1.80.
2. **Schulärzte.** Staatliche Schulärzte von *Prof. Dr. G. Leubuscher.* M. 1.60.
3. **Deutscher Aufsatz.** Der Aufsatz in der Muttersprache von *Prof. Dr. H. Schiller.* II. Der Aufsatz im 4.—8. Schuljahre. (Alter 9—14 Jahre). M. 1.60.
4. **Kindersprache.** Begriff und Begriffe der Kindersprache von *Dr. phil. W. Ament.* M. 2.—.
5. **Ueber Memorieren.** Eine Skizze aus dem Gebiete der experimentellen pädagogischen Psychologie. Von *A. Netschajeff.* M. 1.—.
6. **Die Raumphantasie** im Geometrie-Unterricht. Ein Beitrag zur methodischen Ausgestaltung des Geometrie-Unterrichts aller Schulgattungen. Von *E. Zeissig.* M. 2.40.
7. **Psychische Kapazität.** Schwankungen der psych. Kapacität. Einige experimentelle Untersuchungen an Schulkindern. Von *M. Lobsien.* Mit 17 fig. Darstellungen. M. 3.—.

Druck von Paul Schettlers Erben, Gesellsch. m. b. H., Hofbuchdruckerei in Cöthen.


Stotternde kinder.
Widener Library
005784396
3 2044 079 714 622
Google